

Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

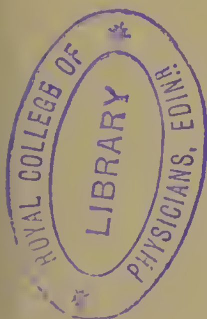
Lehrbuch

der

Kinderkrankheiten

von

Dr. Carl Gerhardt,
Professor der medicinischen Klinik
und Oberarzte der medicinischen und der Kinder-Abtheilung des K. Juliushospitals in Würzburg,
Grossherzoglich Sächsischem Geheimen Hofrathe.



Vierte verbesserte und vermehrte Auflage.
Mit 45 Holzschnitten.

Tübingen, 1881.
Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Druck von H. Laupp in Tübingen.

Herrn

Geheimen Rath Prof. Dr. F. v. Rinecker

als

Zeichen bleibender Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet vom

Verfasser.

Vorwort.

Die neue Auflage ist in dem gleichen Sinne wie die früheren bearbeitet, der Inhalt durch einige neue Abschnitte und zahlreiche Zusätze vermehrt, wo es irgend nöthig schien berichtigt. In dieser Beziehung sind dankenswerthe Winke von Freunden des Buches, die mir zum Theil aus weiter Ferne zugingen, nach Möglichkeit berücksichtigt worden.

Die dritte Auflage war schon seit einiger Zeit vergriffen. Die Neubearbeitung zog sich jedoch etwas in die Länge wegen der Menge literarischer Arbeiten, die zu benützen waren und wegen meiner gleichzeitigen Beschäftigung mit Heransgabe des Handbuches der Kinderkrankheiten. Die ausführlichen Abhandlungen jenes Werkes sind vielfach und zwar ohne Anführung spezieller Citate bei dieser Auflage des Lehrbuches benützt worden, doch dürfte der selbstständige Charakter des Lehrbuches keinerlei Schmälerung dabei erfahren haben.

Wenn ich bei Veröffentlichung der ersten Auflage darauf hinwies, dass die anatomischen Thatsachen allein die Richtpunkte in den mitunter verschlungenen und schwierigen Wegen durch das Gebiet der Kinderheilkunde geben und deshalb bei der Bearbeitung in erster Linie berücksichtigt werden müssen, so bin ich heute noch derselben Ansicht. Nächstdem habe ich die Forschung nach den Krankheitsursachen und die physiologische Deutung der Symptome als maassgebende Gesichtspunkte betrachtet, auch den therapeutischen Theil, namentlich in der Richtung der örtlichen Behandlung innerer Krankheiten, wesentlich erweitert.

Würzburg, December 1880.

C. Gerhardt.

Inhalts-Verzeichniss.

I. Allgemeiner Theil.

II. Specieller Theil.

III. Krankheiten der Circulationsorgane.

IV. Krankheit der Athmungsorgane.

V. Krankheiten der Verdauungsorgane.

VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

VII. Krankheiten des Nervensystems.

VIII. Krankheiten der Bewegungsorgane.

IX. Hautkrankheiten.

I.

Allgemeiner Theil.

I. Physiologische Vorbemerkungen.

Die Körperlänge des neugeborenen Knaben beträgt im Durchschnitt 496, die des Mädchens 483 Mm. Sie nimmt im ersten Jahre etwa um 198, im zweiten um 93, im dritten um 73, im vierten um 64, im fünften um 60 Mm., in den folgenden 10 Jahren je um etwa 6 Ctm. zu. Sie verdoppelt sich in den ersten 6 Jahren (Quetelet). Innerhalb des ersten Jahres beträgt die Zunahme in den ersten 3 Monaten je 4, 3 und 2 Ctm., in den letzten Monaten 1—1½ Ctm. Das Gewicht des Neugeborenen beträgt im Durchschnitt 3250 Grm., nach Hecker für das erste Kind einer Frau 3201 Grm., für das zweite 3330, für das dritte 3353, für das vierte 3360, für das fünfte 3412, für das sechste 3353. Unmittelbar nach der Geburt beginnt eine Gewichtsverminderung, die zuerst von Burdach und Chaussier bemerkt, und die seither durch die Untersuchungen von Winckel, Breslau und Siebold vollständig sicher gestellt wurde. Der Gewichtsverlust beträgt im Durchschnitt 200 Grm. und dauert verschieden lang, etwa bis zum 3. oder 4. Tage bei den Meisten. Knaben nehmen weniger ab, als Mädchen. Auf die Gewichtsabnahme folgt ohne Stillstand eine Zunahme, die bis 9 Grm. pro Tag beträgt. Kinder, die an der Mutter trinken, haben längstens bis zum 9. Tage ihr ursprüngliches Gewicht wieder gewonnen, künstlich aufgefütterte häufiger noch nicht. Knaben nehmen mehr zu als Mädchen. Von der Geburt an hört die frühere Art der Ernährung auf, erst nach etwa drei Tagen kommt die neu eingeleitete Art der Ernährung dem Kinde zu gut.

Binnen des ersten Lebensjahres wird das Körpergewicht nahezu verdreifacht; bis es sich von da aus verdoppelt, vergehen 6 Jahre, bis es sich nochmals verdoppelt 7 Jahre. Das Durchschnittgewicht des weiblichen Körpers ist stets geringer, nur mit dem 12. Jahre dem des männlichen etwa gleich. Das Körpergewicht des Neugeborenen beträgt etwa den 20. Theil von dem des Erwachsenen. Ueber die durchschnittliche Gewichtszunahme während der einzelnen Monate des ersten Lebensjahres gibt die nachstehende Tabelle eine Uebersicht.

	Geburt	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12. Monat.
Gewichtszunahme		750	700	650	600	550	500	450	400	350	300	250	200
Gewicht	3,250	4,0	4,7	5,35	5,95	6,5	7,0	7,45	7,84	8,2	8,5	8,75	8,95
Gewichtszunahme pro Tag		25	23	22	20	18	17	15	13	12	10	8	6

Nach Gregory beträgt die durchschnittliche Aenderung des Körpergewichtes am 1ten Tage — 139, am 2ten — 64, am 3ten + 33, am 4ten + 50, am 5ten + 50, am 6ten + 36. Für die Beurtheilung des Gedeihens eines Kindes ist der Vergleich durch tägliche Wägung gewonnener Werthe mit solchen Normalzahlen werthvoll. —

Ueber die Körperwärme der Neugeborenen hat Bärensprung Untersuchungen veröffentlicht, die jetzt noch das Fundament unserer Kenntnisse bilden, später etwas durch H. Roger, Lépine u. A. erweitert worden sind. Aus denselben geht hervor, dass die Temperatur bei der Geburt im Mittel 37,75 beträgt, etwas mehr als die der Scheide und des Uterus der Mutter, dann in den ersten Minuten auf 36,25—37 sinkt. Von da an steigt sie wieder, bis 30—36 Std. nach der Geburt 37,59 erreicht wurden, fällt wieder bis zum vierten Tag auf 37,10, und steigt wieder etwas während der nächsten Tage. Während des späteren Kindesalters verhält sich die Temperatur wie bei Erwachsenen. Nur wird sie bis zur Pubertät hin in ihrem Mittelwerthe um 1—2 Zehntel geringer und zeigt durchschnittlich eine grössere Variabilität, als bei Erwachsenen. Geringere Ursachen erregen Steigerungen, unmotivirte Steigerungen von grösserer Höhe als bei Erwachsenen kommen häufiger vor. Nach den Untersuchungen von J. Finleyton an 18 gesunden Kindern schwankt die Normaltemperatur in 24 Stunden um 1,1—1,6° C. Sie sinkt stark von Abends 5 Uhr an, erreicht ihr Minimum um

2 Uhr Nachts und steigt stark von 2—4 Uhr. Die Berechnungen von Vierordt über die Menge der erzeugten Wärme ergeben Resultate, die die Erwartung übertreffen. Eiu Kilo Kiud von 5 M. erzeugt 130 Calorien, wenn ein Kilo des Erwachsenen 39, des Kindes von 1½ J. 91, des Kindes von 11 J. 51 Calorien producirt.

Der Puls, desseu Frequenz gegen Ende des Fötallebens bei Knaben 132, bei Mädchen 140 Schläge betrageu soll (Frankenhäuser), hat beim neugeborenen Kinde eine Häufigkeit von etwa 130—133 Schlägen. Nach einzelnen Beobachtungen soll noch vor der Treunung der Nabelschnur eine beträchtliche Verminderung der Pulszahl, selbst bis auf 83 eintreten, die übrigeus während der nächsten Stunden sich wieder ausgleicht. Während der nächsten Wochen schwaukt der Puls zwischen 120 und 140. Er ist immer noch bei Knabeu etwas weniger frequent als bei Mädchen, ausserordentlich erregbar, so dass er z. B. beim Erwachen, Wachsein uud Schreien 10, 20 und 30 Schläge mehr als während des Schlafens zeigen kann. Gegen das zweite Jahr hin findet man etwa 110, bis zum 5. 100, bis zum 8. 90 Schläge bei völliger Körperruhe vor. Das Gesetz des langsameren Pulsschlages grösserer Thiere erklärt wenigstens zum Theil dieses Verhältniss. Nach den experimeutellen Untersuchungen von Soltmann ist die Hemmungswirkung des Vagus im Neugeborenen noch viel weniger ausgebildet als im erwachsenen thierischen Körper. — Der Puls ist im frühen Kindesalter kleiner und zu ungleichmässiger Schlagfolge geueigt, wenn auch nicht zum Ausfallen oder Zwischenfallen einzelner Schläge.

Die Zahl der Athemzüge beträgt beim Neugeborenen im Mittel 35—44 Züge in der Minute, in den uächsten Monaten bis zum dritten Jahr 35—40, und sinkt bis zum fünften Jahr auf 26. Auch die Respiration ist ebenso wie der Puls und die Temperaturzahl durch äussere Eindrücke leichter verschiebbar. Theilweise erklärt sich aus dem geringeren Körperumfang die schnellere Athmung der Kinder, denn kleinere Thiere haben stets eine grössere Athmungsfrequenz als grössere; theilweise ist sie auch in den abweichenden Circulationsverhältnissen begründet. Die Reihenfolge der Athemzüge ist weniger regelmässig. Die Einathmung geschieht vorwiegend durch das Zwerchfell. Wenn die vitale Capacität zwischen 20 und 40 Jahren 2,8 Ltr. beträgt, so erreicht sie mit 7 Jahren 1, und mit 15 Jahren 2 Ltr. Die Athmungsluft beträgt bei einem 7jährigen Kinde 1/12 Ltr., wenn sie bei einem Erwachsenen 1/3 Ltr. ausmacht. Auch aus der Vierordt'schen Berechnung der relativen

Vitalcapacität ergibt sich, dass 1 Kgrm. 4jähr. Kind fast doppelt soviel Luft zu athmen vermag, als das spätere Kindesalter. Es scheint demnach 1) dass die vitale Capacität, im Verhältniss zur Athmungsluft betrachtet, grösser ist bei Kindern als bei Erwachsenen, und man kann hieraus das langgezogene Schreien der Kinder erklären, 2) dass durch das Verhältniss der Zahl und des Umfangs der Athemzüge Kindern für ihr Körpergewicht mehr Luft zugeführt wird in der Zeiteinheit, als Erwachsenen. Ein Kgrm. des Körpers eines einjährigen Kindes erhält $^1/_3$ mehr Athmungsluft als die gleiche Masse eines Erwachsenen. Dazu kommt nun noch, dass nach den Untersuchungen von Scharling ein Kgrm.Kind von 9 Jahren die doppelte Menge Kohlensäure ausathmet, wie der gleiche Gewichtstheil eines Erwachsenen. Auch die Ausscheidung von Wasser aus den Lungen scheint beträchtlich zu sein. Der Gesammtgewichtsverlust durch Ausathmung beträgt nach Bouchaud für Neugeborene annähernd 2 Grm. per Stunde; dem entsprechend ist auch die Sauerstoffaufnahme eine gesteigerte. Es erklärt sich das zum Theil schon daraus, dass kleinere Geschöpfe, um ihre Körperwärme zu erhalten, eine grössere Wärmemenge produciren müssen.

Ueber das Blut der Neugeborenen kennt man die überaus wichtige Thatsache nach den Untersuchungen von Welcker, dass seine Gesammtmenge $^1/_{19}$, nicht wie bei Erwachsenen $^1/_{13}$ des Körpergewichts beträgt. Im Uebrigen gilt das Blut der Kinder als reicher an festen Bestandtheilen, besonders an Blutkörperchen und Eisen und an Extractivstoffen. Dies stimmt mit der geringeren Blutmenge und der grösseren Sauerstoffaufnahme überein. Fett und Eiweiss enthält es in ziemlich gleicher Menge, wie das des Erwachsenen, dagegen weniger Fibrin und Salze. Bei Neugeborenen finden sich kernhältige rothe Zellen im Blutstrome vor (Neumann).

Harn.

Seherer, Verhandlungen der phys.-med. Gesellsehaft in Würzburg. 1852. — Rummel, ibid. 1854. — Mosler, Arehiv f. gemeinschaftl. Arbeiten. 1857. — Parrot u. Robin, Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés, applieations à la physiologie et à la clinique. Comptes rendues. 1876. 82. nr. 1. — A. Martin u. O Ruge, Ueber das Verhalten von Harn und Niere des Neugeborenen.

Die Harnblase des Neugeborenen enthält einige Gramme Harn, der mit dem Catheter entleert, ein sehr niederes spezifisches Gewicht zeigt. Während der ersten Woche enthält der Harn noch Allantoin.

Dass der Harn des Neugeborenen häufig, der aus den ersten 10 Tagen noch bis zu einem Drittel der Beobachtungen Eiweiss enthält, darf nach den neueren Erfahrungen über Albuminurie kaum Wunder nehmen. Farb- und Riechstoffe sind noch wenig vertreten.

Der Harn des Neugeborenen und Säuglings hat ein spez. Gewicht von 1002—1005, nur die Tage der Gewichtsabnahme (1—3ter Tag) zeigen ein höheres sog. Gew. von 1007—1009. Die Harnmenge stellt etwas über 60 % der Milchzufuhr dar. Der Harn aus dieser Zeit enthält noch wenig Chloride, wenig Phosphate, dagegen ist er reich an schwefelsauren Verbindungen. Für das Knabenalter zeigen die Arbeiten von Scherer und Rummel eine Harnmenge von 47,4 pro Tag u. Kgrm. (beim Erwachsenen 29,5), Harnstoffmenge 0,81 (beim Erw. 0,42), feste Stoffe 1,5 Gr. (b. Erw. 1,1), somit eine weit reichlichere Ausscheidung von Wasser, von Harnstoff, von festen Bestandtheilen als beim Erwachsenen. Das spezifische Gewicht ist mindestens in dem ersten Theile des Knabenalters noch nieder, später dem der Erwachsenen gleich. Der Harn behält im ganzen Kindesalter seine helle, blasse Färbung. Aus den Analysen von Rummel ist noch ersichtlich, dass beim Vergleiche von 1 Kgr. eines 3-, 4- und 5jährigen Kindes die Menge des Harns und des Wassers für das jüngste am Grössten, für das älteste am Kleinsten ausfällt, die der festen Stoffe und des Harnstoffes umgekehrt für das jüngste am Kleinsten, für das älteste am Grössten. Nach Uhle wäre sogar die Harn-, Harnstoff- und Kochsalzausscheidung dreimal so gross beim Kinde als beim Erwachsenen. Die reichliche Harnsäureausscheidung, welche bei Neugeborenen die geraden Harnkanälchen erfüllt und den von Virchow beschriebenen harnsauren Infarct bildet, ferner im Harn in Körnchenform zur Entleerung kommt und selbst zur Bildung von Nierensteinen Veranlassung gibt, hat ihren Grund in der mit dem Geburtsacte stattfindenden Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr, und ist von deren Dauer und Vollständigkeit abhängig. Ist dem so, so muss in der gleichen Zeit die Harnstoffproduction vermindert sein. Dann erklärt sich auch das Fehlen des Infarctes bei Kindern, die gelebt haben, durch baldige und vollständige Einleitung der Respiration, und das Vorkommen desselben bei solchen, die nicht gelebt haben, durch langsamen Asphyxie-Tod. — Nach Dohrn enthält der Harn der Neugeborenen bei saurer Reaction und 1001,8—1006 sp. G. an Chlor 0,02—0,3 %, an Harnstoff 0,1—0,8 %. Nach Pollak beträgt die Harnmenge des Neugeborenen 250—410 C.C., das spec.

Gew. 1005—1007. Man kann wenigstens schliessen aus diesen Angaben, dass schon in diesem Alter die Harnmenge eine relativ grosse ist. Fast ebenso wie Harn- und Harnstoffausscheidung verhält sich der Kohlenstoffverlust (durch Haut und Lunge) der Kinder zu dem der Erwachsenen. Nach den Untersuchungen von Scharling verliert 1 Kgr. des erwachsenen Körpers in 24 Stunden 3,05 Gr. C, ein Kilo Kind von 9 J. 5,75 Gr. C, also fast das Doppelte.

Die hiemit zu vergleichenden Nahrungsmengen, welche ein Kind zu sich nimmt, betragen nach Bouchut

für den I. Tag jedesmal	3	Grm.,	zusammen	30
« « II. « «	15	«	«	150
« « III. « «	40	«	«	450
für den IV. Tag und von da bis zum Ende des I. Monats	55	«	«	550
nach dem I. Monat	70	«	«	650
nach dem III. Monat	100	«	«	750
nach dem V. Monat	120	«	«	850
vom VII.—IX. Monat	150	«	«	950 Grm. Milch.

In tausend Theilen Frauenmilch geniesst das Kind: Wasser 888,89, feste Bestandtheile 110,13, darunter Albuminate 39,24, Fett 20,76, Zucker 43,64, Salze 1,48. Ein Theil dieser Nahrung geht wieder mit dem Kothe unbenützt ab, dessen Menge auf 80—90 Grm. täglich geschätzt wird (Bouchaud). Nach einer älteren, allenthalben angeführten Analyse von Frz. Simon, die sich auf das Excret eines 6 Tage alten Kindes bezieht, würde der feste Theil desselben bestehen aus Fett 52, Gallenbestandtheilen 16, Kalialbuminat und Schleim 18, Feuchtigkeit und Gewichtsverlust 14 %. Die festen Bestandtheile des Kothes eines ¼jährigen Kindes betrugen (nach Austrocknung bei 110—120°) nach E. Reichardt 14,8%.

Beim Neugeborenen ist noch am Wenigsten von den Sinnesorganen das Gehör functionsfähig, doch auch dieses nicht complet unthätig, der Geschmack und Geruch ist schon gut entwickelt, ebenso das Tast- und Wärmegefühl, dagegen lernt das Auge erst von der dritten bis sechsten Woche Gegenstände fixiren, das Schmerzgefühl ist noch gering, selbst einiges Muskelgefühl lässt sich nachweisen (Kussmaul). Bei Kindern findet man die Tastkreise kleiner als bei Erwachsenen, man hat selbst geglaubt, aus denselben die vom Erwachsenen zu erreichende Körpergrösse berechnen zu können (Czermak). Sie sind jedoch an den schärfstfühlenden Stellen z. B.

Fingerspitzen nicht in gleichem Maasse kleiner wie an anderen z. B. Schulter.

An neugeborenen Thieren fand O. Soltmann bei seinen bahnbrechenden Experimentaluntersuchungen die Hitzig'schen Centra bis zum 10. Tage noch nicht nachweisbar. Zuerst tritt die Reizbarkeit des Centrums für die Vorderpfote ein, dann erst für Hinterpfote und Gesicht. Der erregbare Bezirk ist im Anfange breiter als später. Das Grosshirn schien als Organ des Willens und der Intelligenz noch nicht zu functioniren, ebenso noch nicht als reflexhemmendes Organ. Auch die Hemmungswirkung des N. vagus auf das Herz scheint noch wenig entwickelt zu sein. Aus diesen Thatsachen erklärt sich das leichtere Eintreten namentlich klonischer Krämpfe bei Kindern und die hohe Pulsfrequenz der Neugeborenen und Säuglinge. Ferner wurde von O. Soltmann gezeigt, dass die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Neugeborenen geringer ist als beim Erwachsenen, dass diese Erregbarkeit bis zu der 6ten Woche allmählich ansteigt und dann die des Erwachsenen erreicht oder übertrifft. Auch die Muskelzuckung und der Tetanus Neugeborener zeigen Unterschiede, sie gleichen mehr der Zuckung und dem Tetanus ermüdeter Thiere. —

II. Krankheitsursachen.

Von besonderer Bedeutung für die Entwickelung von Erkrankungen im Kindesalter sind: 1) die Vererbung von Krankheitsanlagen, 2) die Erkrankungen während des Fötallebens, 3) die anatomischen und functionellen Umgestaltungen, von denen viele Organe in der nächsten Zeit nach der Geburt betroffen werden, 4) die Ernährung, 5) das Zahnen, 6) der Einfluss des Schulbesuches.

1) Wie die Gesichtszüge und die Statur von den Eltern auf die Kinder sich übertragen, so geschieht dies auch mit manchen gleichgültigen äusseren Anomalieen. Die Familien mit 6 Fingern oder Zehen, mit Hypospadie, mit einer vererbten Warze im Gesicht, mit besonderer Form der Ohrmuschel geben Beispiele dafür. Ernsthafter wird die Sache, wenn gröbere Anomalieen des Baues oder functionelle Störungen innerer Organe sich vererben. Ganz besonders findet dies bezüglich der Centralapparate des Nervensystems statt; in den meisten Fällen von Epilepsie, Geisteskrankheit, Hydrocephalus, in nicht wenigen von Katalepsie, Hysterie, Diabetes, Accessoriuskrampf, Tabes, Sclerose, Muskelatrophie und Hypertrophie u. dergl.

lässt sich Vererbung nachweisen. Phthise, Struma und Lungenemphysem, eminent hereditäre Krankheiten, betreffen noch wenig das Kindesalter. Die Bluterkrankheit, Scrophulose, eine Anzahl von Syphilisfällen zeigen, wie nicht allein das Ei von der Mutter, aus deren Körper es sich ablöst, sondern auch vom Vater, durch dessen Samenthier es befruchtet wird, krankhafte Richtungen übertragen bekommen kann. Es sind dies Probleme, die bis jetzt weder theoretisch zu erleuchten, noch praktisch angreifbar sind.

2) Während des Fötallebens können Traumata durch die Uteruswand hindurch auf den Fötus einwirken, krankmachende Stoffe demselben von seinen Placentargefässen aus zugeführt werden, endlich wohl auch nervöse Einflüsse auf seine Ernährungsrichtung einwirken. In ziemlich früher Zeit schon, nachweislich vor dem dritten Lebensmonate, treten Entzündungen der Fötalgewebe auf, z. B. Endokarditis. Hie und da können Blutergüsse mit Sicherheit zurückversetzt werden in die spätere Zeit des Fötallebens. Verkümmerung, Abschnürung, übermässiges Wachsthum einzelner Theile fällt meistens in das Gebiet der Missbildungen. Von besonderem Interesse sind die Uebertragungen einzelner Krankheiten, die während der letzteren Zeit der Schwangerschaft von der Mutter auf den Fötus erfolgen. Es gehen sicher in dieser Weise über: Pocken, Masern, Scharlach, Typhus, Typhoid, Recurrens, Pellagra, Ruhr, Ziegenpeter, Wechselfieber und Puerperalfieber. Für mehrere ist sichergestellt, dass der Ansteckungsstoff den Körper der Mutter durchdringen kann, ohne ihn krank zu machen. Dies gilt namentlich von Pocken und Ziegenpeter. Der Geburtsact selbst kann zur Entstehung von Kopfblutgeschwulst, Hirnhautblutung, halbseitiger Gesichtslähmung, Knochenbrüchen, Augentripper u. s. w. Veranlassung geben.

3) Von den Veränderungen in der Function der Organe, die kurz nach der Geburt auftreten, ist die allerwichtigste die Einleitung der Athmung. Unterbleibt diese vollständig, so bleibt das Kind leblos, nur die Herzthätigkeit dauert einige Zeit an. Erfolgt sie ungenügend, so verharrt ein Theil der Lunge im Zustande der Atelektase und die Schliessung der Fötalwege erfolgt unvollständig. Mit der Dauer unvollständiger Athmung hängt die Bildung des harnsauren Infarctes in der Niere zusammen. Von besonderer Bedeutung sind auch noch die Veränderungen, die an den Abfall der Nabelschnur sich knüpfen. Er erfolgt zwischen dem 1. und 5. Tage. Nicht allein Blutung, Vereiterung am Nabel, Arteriitis und Phlebitis umbilicalis, sondern auch der Starrkrampf der Neugeborenen

stahen damit in Zusammenhang. Jede Wunde an dem Körper des Kindes erleichtert den Eintritt von Infectionskeimen. So kann vom Munde des Beschneiders auf die Circumcisionswunde Syphilis und Diphtheritis übertragen werden.

4) Von all den prädisponirenden Ursachen, die wir hier zu besprechen haben, ist die erste Einleitung der Ernährung die wichtigste, indem von dieser Seite her der ganze Aufbau eines kräftigen Körpers geleistet werden muss mit äusserst einfachen Hülfsmitteln. Je einfacher aber diese sind, desto genauer muss ihre Beschaffenheit dem zu leistenden Zwecke entsprechen, um ihm zu genügen. So finden wir denn, dass eine mangelhafte Ausbildung des Intestinaltractes, z. B. bei frühgeborenen Kindern, wesentlich erschwerend wirkt. Anderseits aber haben nicht nur die grossen Gruppen unter den Säugethieren, z. B. Pflanzen- und Fleischfresser verschiedene Constitution der ersten Nahrung, sondern fast jeder Species kommen wieder eigene Modificationen zu, ja selbst individuelle Eigenthümlichkeiten scheinen hier statt zu haben. So findet man, dass bei gewissen leicht krankhaften Zuständen eine Mutter, die zwei Kinder stillt, eine Milch liefert, die nur dem einen, und zwar gewöhnlich ihrem eigenen, Kinde zuträglich ist, indess sie das andere schwer erträgt oder krank davon wird. Allerdings haben unsere socialen Zustände die natürliche oder doch eine ihr nahestehende Ernährungsweise fast zur Seltenheit gemacht, so dass man nicht oft genug an die physiologischen Typen derselben erinnern kann. Die menschliche Milch besteht aus Wasser, Käsestoff, Butter, Zucker und Salzen im Verhältniss etwa von

Wasser . . . ‰	889,08
Zucker	43,64
Käsestoff	39,24
Butter	26,66
Salze	1,48
feste Bestandtheile	110,92

(Becquerel u. Vernois)

specif. Gew. 1018—1045 Mittel 1032 (Scherer).

Allein dieses Verhältniss der Milch der Mutter ist keineswegs ein festes, indem zahlreiche zufällige und nothwendige Umstände auf deren Constitution einwirken, so Alter, Gesundheit und die Ernährung der Säugenden, Dauer der Lactation und Dauer des Verweilens der Milch in der Brustdrüse etc. Die Analysen menschlicher Milch von verschiedenen Chemikern schwanken daher auch zwischen 87—90 % Wasser,

1,7—4 % Fett, 0,6—3,9 Albuminat, 4—7 % Zucker, 0,2—1,4 % Salze. Die Milch entsteht durch Vermehrung und fettige Degeneration der Epithelialzellen der Brustdrüsenelemente in der Weise, dass diese Fettkörnchen in sich mehrender Zahl aufnehmen (Körnchenzellen), ihrer Membran und des Kernes verlustig gehen (Körnchenkugeln) und endlich zu diesen mit feiner Hülle von Proteinsubstanzen überzogenen Körnchen zerfallen. Gegen Ende der Schwangerschaft und in den ersten Tagen des Stillens ist aber letzterer Act noch nicht zu Stande gekommen, und so besteht denn die Milch überwiegend aus Körnchenzellen und Kugeln (Colostrum), wesshalb ihre chemische und physikalische Beschaffenheit von der späteren noch wesentlich abweicht: sie ist gelblich, weniger blau, und reicher an festen Bestandtheilen, namentlich Fett und Salzen. Auf den Säugling äussert sie eine leicht abführende Wirkung und bethätigt so die Entleerung des Meconium's. Beigel wies neuerdings mittelst Carminimbibition an den Colustrumkugeln den Kern nach und fand in der Milch blasse kleine Zellen von der Grösse der Blutkörperchen.

Aus dem Gesagten geht bereits hervor, dass die menschliche Milch die einzig naturgemässe Nahrung des Neugeborenen und Säuglings ist, vorzüglich aber in jedem Falle die Muttermilch, vorausgesetzt nur, dass die Mutter sich einer vollen Gesundheit erfreut, und dass sie auch sonst sich in der Lage befindet, dem Lactationsgeschäfte obzuliegen. Da aber leider unter unseren Culturverhältnissen gar häufig die Mütter zur Lactation ungeeignet sind, oder wenn fähig, dazu wenig Lust zeigen, befindet sich der Arzt oft in der Lage, die Einleitung der anderweitigen Ernährung berathen zu müssen. In dieser Beziehung verdient unstreitig eine gute Amme, wo eine solche beschafft werden kann, für die ersten ¾ Jahre den Vorzug vor allem Anderen.

Sprechen wir daher zunächst von den Eigenschaften einer guten Amme und dann von der Art, wie sie ihr Geschäft besorgen soll, was sich natürlich in gleicher Weise auf das Stillen seitens der Mutter bezieht. — Die erste und wichtigste Anforderung ist, dass die Stillende nicht mit übertragbaren Krankheiten behaftet sei, also mit Scrophulose, Syphilis, acuten Exanthemen, Acarus, Favus etc., da diese das Kind in directe Gefahr bringen: die zweite, dass sie überhaupt von Krankheiten frei sei, die einen ungünstigen Einfluss auf das Secret der Brustdrüsen ausüben. Daher werden die tiefergehenden Krankheiten der Brustdrüsen selbst, dann die meisten Erkrankungen innerer Organe die

Lactation contraindiciren, insofern sie das Secret entweder spärlicher oder colostrumähnlich machen. Doch sind in zweifelhaften Fällen vorsichtige Versuche gestattet, ob die Milch dem Kinde ausreicht und nicht schadet. — Aber auch bezüglich der Güte und Menge der Milch und der Periode der Lactation, aus der sie stammt, muss die Säugende den Bedürfnissen des Kindes entsprechen; in ersterer Beziehung wird die optische Probe einigen Aufschluss geben, mehr die aufmerksame Beobachtung des Kindes; in letzterer ist es wünschenswerth, dass die letzte Niederkunft der Amme etwa mit der Geburt des Säuglings, für den sie bestimmt ist, zeitlich zusammenfalle, oder wenigstens, dass sie nicht zu weit davon abliege. Gravidität vermindert gewöhnlich die Menge der Milch, der Wiedereintritt der Menses (bei ca. 22 %), die Ausübung des Coitus von Säugenden ist, wenn auch nicht direct schädlich, so doch wenig gerne gesehen.

Das günstigste Alter für dieses Geschäft ist das zwischen 20 und 35 Jahren. Eine blühende und kräftige Constitution der Frau macht es caeteris paribus wahrscheinlich, dass sie Milch gut und genug liefern könne, daher denn bei ihrer Wahl die Beschaffenheit des Gesichtscolorites, des Zahnfleisches, der Lymphdrüsen und der Brustdrüse vorzüglich zu berücksichtigen sind. Weiterhin ist zu wünschen, dass sie ihr Geschäft kenne, man wird daher eher für eine Mehrgebärende sich entscheiden. Helle und blonde Haarfarbe verdient den Vorzug. Abgesehen von diesen allgemeinen Regeln wird weniger die chemische und physikalische Beschaffenheit der Milch, als das Gedeihen des Kindes und vorzüglich das Verhalten seines Darmkanals, der ein sehr feines Reagens bildet, für deren Güte alsbald Garantieen bieten. Ein sofortiger Wechsel der Amme, sobald die ersten derartigen Störungen sich einstellen, wird noch immer zeitig genug kommen, anderseits aber wird man, da gute Ammen nicht gerade häufig sind, einen solchen Wechsel nicht ohne Noth einleiten. —

Die Amme, oder Säugende, soll ein geregeltes Leben führen, das jedoch mit ihren früheren Lebensverhältnissen möglichst übereinstimme, schwere oder sehr gewürzige Speisen, reichlicherer Genuss von Spirituosen sind zu vermeiden, im Uebrigen aber die gewöhnlichen Nahrungsmittel zuzulassen. Tägliche mehrstündige Bewegung der Säugenden mit dem Kinde in freier Luft ist, wo es die Witterung irgend gestattet, im Interesse beider gelegen. —

Die Zeit des Stillens wechselt natürlich mit der fortschreitenden

Entwicklung des Säuglinges. Möglichst bald muss eine bestimmte Regulirung eintreten, so dass die Brust etwa 2stdl., später nur 3stdl., Abends spät noch einmal und Morgens früh wieder, aber während der Nacht nicht gereicht wird, so dass der Säugenden die nöthige Zeit zur Erholung gegönnt und kein Vorwand gegeben wird, das Kind zu sich ins Bett zu nehmen, was überhaupt auf's Strengste untersagt werden muss. Je regelmässiger das Säugen geschieht, je gleichmässiger beide Brüste dabei verwendet werden, desto geregelter ist auch die Secretion der Milch, die ja von diesem normalen Reize abhängig ist. Erst mit dem Eintritte der Dentition darf neben der Frauenmilch Brei oder dergl. gereicht und mit dem 9. bis 15. Monate das Stillen ganz beendet werden. Beim Entwöhnen ist je früher es nöthig wird um so dringender dazu zu rathen, noch durch einige Wochen 1—2mal täglich die Brust zu reichen, damit das Saugen nicht verlernt werde und im schlimmsten Falle die Ammenbrust noch Hülfe gewähre. Der Sommer ist dazu die wenigst geeignete Zeit. —

Als Ersatzmittel der menschlichen Milch kommt vorzugsweise die Kuhmilch in Betracht. Die Angaben verschiedener Analysen schwanken zwischen Wasser 82,9—93 %, Fett 2,1—7,2 %, Albuminat 2,2—6,2 %, Zucker 1—5 %, Salze 0,1—1,7 %. Man kann somit annehmen, dass Kuhmilch etwas mehr Fett und Käsestoff, etwas weniger Zucker enthält als menschliche, also auch dass sie meistens durch etwas Wasser und Milchzuckerzusatz der menschlichen ähnlicher werde. Dabei bleiben noch qualitative Unterschiede z. B. das Casein der Kuhmilch gerinnt grobflockiger als das der menschlichen und ist dasselbe weniger leicht verdaulich. Zudem ist Kuhmilch von anderer als geradezu sauerer Reaction nicht leicht zu finden. Die Erlangung möglichst guter Milch für Kinder und Kranke ist eine wichtige Frage geworden. Man findet dieselbe in der gründlichsten Weise erörtert von Cuyrim im XI. Bande der deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Am Besten reicht man die Milch lauwarm aus einer Flasche mit warzenförmigem, fein durchlöchertem Guttapercha-Ansatze, dessen scrupulöse Reinhaltung namentlich dazu beiträgt, abnorme Gährungen des Inhaltes fern zu halten. — Auch hier muss die Darreichung der Flasche an bestimmte Zeiten gebunden und das Material selbst möglichst gleichmässig gewählt werden. Solange die Dentition noch nicht im Gange ist, bleibt die menschliche oder eine der menschlichen möglichst nahestehende Milch die ausschliessliche Nahrung

des Kindes — Die Milch kann unter Umständen Krankheiten auf den Säugling übertragen. Leidet die Kuh an Perlsucht, so kann Tuberculose (Klebs), leidet sie an Maul- und Klauenseuche, so kann Stomatitis entstehen, oft mit gleichzeitiger Erkrankung an den Nägeln. Verdünnung der Milch mit inficirtem Trinkwasser kann die Verbreitung des Abdominaltyphoid's vermitteln (Ballard). Auch Scharlach soll durch Milch, die mit Desquamationsschuppen verunreinigt war, verbreitet worden sein (O. Bell), selbst Pocken und Cholera. (Schmidt's Jahrb. Bd. 161. S. 193.)

Die Ersetzung der menschlichen Milch durch gute Kuhmilch wird von Säuglingen um so wahrscheinlicher gut ertragen je älter sie sind. Einzelne Kinder ertragen von Geburt an Kuhmilch vortrefflich und gedeihen dabei. Andere erkranken an Erbrechen und Diarrhoe und ertragen von da an die Kuhmilch absolut nicht mehr. Bei dieser Sachlage ist das einzig sichere Heilmittel die menschliche Brust, auch wenn man sie nur für einige Tage dem Kinde verschaffen kann.

Für Kinder, die keine menschliche Milch erhalten und keine Kuhmilch verdauen können, ist man bestrebt gewesen, Verbesserungen und Surrogate der Milch zu finden. Dahin gehört schon die Verdünnung der Kuhmilch mit Wasser allein oder in dem zugleich etwas Milchzucker gelöst ist. Häufig wählt man das Verhältniss von 2 Th. Milch auf 1 Th. Wasser.

Das Rahmgemenge von Biedert erzielt eine Verminderung des für den Kindermagen schwer verdaulichen Caseins der Kuhmilch. Die Milch wird mit Wasser verdünnt und mit Milchzucker und Rahm gemengt, dies in verschiedener für die einzelnen Monate des Säuglingsalters bestimmt angegebener Proportion. Dabei soll dem Verdauungsorgan des Säuglings nur soviel Kuhcasein geboten werden als es bewältigen kann. Für den ersten Monat wird nur 1/8 Ltr. Rahm, 3/8 Ltr. Wasser und 15 Grm. Milchzucker gegeben, noch keine Milch, für den 6ten Monat nur Milch, Wasser und Milchzucker, kein Rahm mehr, die zwischenliegenden Monate erhalten Rahm und Milch in ihr Gemenge.

Diesem subtil und wissenschaftlich ausgedachten Versuche wird u. A. von A. Jacobi entgegengehalten, dass zur Zeit der Rahmgewinnung die Milch schon in voller Gährung begriffen sei. Ein endgültiges Urtheil wird nur die Erfahrung im Grossen gestatten.

J. v. Liebig verlieh der Milch einen starken Alkalizusatz von

kohlensaurem Kali, ferner eine Beimischung von Waizenmehl und Gerstenmalz, in Folge deren genau das Verhältniss von plastischen und respiratorischen Bestandtheilen, wie es die Menschenmilch bietet in der Kuhmilch hergestellt wird. Die Bereitung nach der ursprünglichen Vorschrift gelingt nicht immer, daher denn die Präparate von Löfflund und Liebe, welche durch einfachen Zusatz zu der verdünnten Milch die Liebig'sche Suppe fertig stellen, grosse Verbreitung erlangt haben. Für die Ernährung von Kindern, die mehrere Monate alt sind, scheint mir die Liebig'sche Suppe von grossem Werthe zu sein — richtige und gleichmässige Herstellung des Präparates vorausgesetzt. Von Neugeborenen wird sie durchaus nicht immer ertragen. Zu frühzeitiger Gebrauch scheint die Entstehung von Rachitis zu begünstigen. Indess bleibt das Verfahren v. Liebig's immerhin eines der vorzüglichsten Mittel um Kuhmilch Säuglingen leichter verdaulich zu machen.

Etwa Gleiches erstreben die Kindermehle von Nestlé, von Gerber, von Faust und Schuster. Unter diesen hat das erstere besondere Verbreitung gewonnen, besonders seit H. Lebert's warmer Empfehlung, letzteres durch genaue Mittheilung der chemischen Zusammensetzung sich Freunde erworben. Die Thatsache, dass schon durch langes Liegen in einem Kaufladen solches Kindermehl schädliche Eigenschaften erlangen kann, mag zur Vorsicht auffordern.

A. Jacobi rühmt sehr die Mischung von Milch und Gerstenschleim und zwar für ganz junge Kinder einen Theil Milch und drei Theile Gerstenschleim, für Kinder von 2—5 Monaten von einem Theile Milch und zwei Theilen Gerstenschleim, für ältere Kinder zu gleichen Theilen. Als wesentlicher Zweck wird die langsame Einwirkung des Magensaftes auf das Casein der Milch bezeichnet. Bei Neigung zu Verstopfung wird anstatt des Gerstenschleimes Haferschleim der Milch zugesetzt. Tritt während dieser Ernährung Diarrhoe ein, so muss die Menge der Milch vermindert oder sie muss ganz weggelassen und durch Eiweiss in Wasser ersetzt werden. —

Vielfach wird Aehnliches empfohlen, so von Wegscheider verdünnte Kuhmilch mit Arrow-root.

Wo nicht frische Milch von unzweifelhafter Qualität zu beschaffen ist, namentlich auf Seereisen, kann die condensirte Schweizer Milch als bester Ersatz benützt werden. — Vom 6ten Monate an pflegt man neben oder mit der Milch Fleischbrühe zu geben, erst

mit dem Hervorbrechen der Schneidezähne kann Suppe von Weck oder Zwieback oder Mehlbrei nebenbei gegeben werden.

5) Die Zahnentwickelung zeigt bei normalem Verlaufe an, dass die Ernährungsvorgänge des Kindes im regelrechten Gange sind. Der Verlauf derselben ist so, dass im 4.—7. Monate zwei mittlere untere Schneidezähne erscheinen, dann nach 4—8 Wochen im 8.—10. Monate vier obere Schneidezähne, nach 6—12 Wochen im 12.—14. Monate die vier ersten Backzähne und zwei untere Schneidezähne, nach 3—4 Monaten im 18.—20. Monate die vier Eckzähne, im 28.—34. Monate, nach 3—8 Monaten Pause die vier zweiten Backzähne. So sind dann die 20 Milchzähne vorhanden und bleiben bis zum Zahnwechsel im 7. Jahre. Leichtere Abweichungen von dieser Norm kommen in vielfacher Weise vor. Namentlich zu frühzeitige Zahnentwickelung oder abgeänderte Reihenfolge derselben kann als bedeutungslos gelten!, dagegen sind alle Verspätungen als ernste Zeichen gestörter Ernährung aufzufassen. Als Störungen, die durch die Zahnentwickelung selbst hervorgerufen werden, kann man betrachten diffuse oberflächliche Entzündung der Mundschleimhaut mit starker Speichelabsonderung, ferner umschriebene, ulceröse oder diphtheritische Entzündung an der Stelle des Zahndurchbruchs. Zu erschwertem Saugen, Schmerz, Unruhe, Schlaflosigkeit, die durch beide Formen von Mundentzündungen erzeugt werden, tritt bei der zweiten derselben noch Fieber von mehrtägiger Dauer und atypischem Gange hinzu, das ich in einem Falle bis zu 39,5° C. ansteigen sah. Auch an den den neu entwickelten ersten Zähnen gegenüberliegenden Stellen der Zungenschleimhaut kommen kleine sog. Dentitionsgeschwüre vor. Starke Reizung der Schleimhaut durch das Andrängen rasch wachsender Zähne kann bei sonst dazu geneigten Kindern Krampfanfälle auf reflectorischem Wege auslösen. Remak hat auch noch bei dem Durchbrechen der letzten Zähne Erwachsener Reflex-Krämpfe nachweisen können. Endlich treten mit den Irritationen der Mundschleimhaut, die durch das Hervortreten einzelner Zähne bewirkt werden, Darmkatarrhe auf, die ebensowohl durch fortgeleitete katarrhalische Entzündung von der Mundschleimhaut erklärt, wie auch als Reflexneurose aufgefasst werden können. Da im Familienleben und von Seiten vieler Aerzte zur Zeit der Dentition sehr oft mit unverantwortlichem Leichtsinn wichtige Kinderkrankheiten als mögliche Folge des Zahnens vernachlässigt und missdeutet werden, so bedarf es des Hinweises darauf, dass die erwähnten pathologischen Folgen der Dentition nur selten

auftreten, und dass man nur nach sorgfältiger Prüfung der Ernährung und nach genauer physikalischer Untersuchung des Kindes sog. Zahnkrankheiten annehmen darf, dass aber diese Annahme die gewöhnlichen Regeln der Behandlung durchaus nicht abändert oder ungültig macht. Sehr oft verstecken sich hinter der Annahme von Zahndurchfällen Fehler der Ernährung, die, verkannt und unberücksichtigt, die traurigsten Folgen haben können. — In einem mir bekannten Falle trat mit jedesmaligem Hervortreten eines Zahnes auf einige Tage Incontinenz des Harnes ein.

6) Man ist erst neuerdings recht aufmerksam darauf geworden, wie grosse Gefahren die Schule der Jugend bringt. Ansteckende Krankheiten werden da verbreitet. Die Masern-Epidemieen gehen sogar bei uns gewöhnlich von den Schulen aus. Etwas seltener werden einige andere acute Exantheme, Diphtheritis, Pertussis, dann Krätze, Ringwurm, Veitstanz durch die Schulen verbreitet. Weit allgemeiner treffen die Nachtheile der sitzenden Lebensweise, gezwungener Haltung an ungünstig construirten Schultischen, schlechter Luft in schlecht ventilirten Zimmern, der Augenanstrengung. Daraus ergibt sich die Häufigkeit von Anämie, Scrophulose, Skoliose, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Nasenbluten, katarrhalischen Zuständen, Kurzsichtigkeit und einer Reihe anderer Krankheiten, deren unverhältnissmässige Häufigkeit bei den die Schule besuchenden Kindern bereits genügend statistisch festgestellt ist.

Es wird nicht schwer werden, all Dem vorzubeugen. Gut ventilirte und geheizte Locale, passend construirte Schultische, Beschränkung des Unterrichts auf das Nöthige und wirklich Nützliche, obligater Turnunterricht, ärztliche Beaufsichtigungen der Schulen, das etwa sind die Hauptmittel, durch welche die Schule von jenen Gefahren frei gemacht werden kann. Nebstdem ist Rücksicht zu nehmen auf gute Anlage und grösste Reinlichkeit der Aborte, auf matte Farben in blau, grau oder grün zum Anstriche, ausschliessliche Heizung durch Thonöfen, da die eisernen beim Glühen Kohlenoxydgas durchlassen, auf sorgfältige Beseitigung von Staub und Schmutz. — Als Beweis, wie viel in dieser Beziehung von Seiten des Staates geschehen könne, sei hier die für das Königreich Sachsen am 3. April 1873 erlassene Verordnung, die Anlage und die innere Einrichtung der Schulgebäude in Rücksicht auf Gesundheitspflege betreffend, erwähnt. —

Kinderkrankheiten im engsten Sinne sind nur diejenigen, welche Organe, Organzustände oder Functionen betreffen,

die nur in der Kindheit vorhanden sind. Das Aneurysma des Ductus arteriosus Botalli, der Abscess der Thymus, die Rachitis als Krankheit des wachsenden Knochens, Arteriitis und Phlebitis umbilicalis stellen solche eigentliche Kinderkrankheiten dar. Im weiteren Sinne rechnet man dazu Krankheiten, die bei Kindern besonders häufig zur Beobachtung kommen, so diejenigen ansteckenden Krankheiten, die nur einmal im Leben befallen; ebenso angeborene Krankheiten, die bald zum Tode führen; endlich solche Krankheiten, die bei Kindern Besonderheiten des Verlaufes darbieten.

III. Krankenuntersuchung.

Symptome.

Nothwendige Vorfragen beziehen sich auf den Gesundheitszustand der Familie, der Eltern, der Geschwister. Man wird die erblichen und übertragbaren Krankheiten, den Gesundheitszustand der Mutter während der Schwangerschaft besonders ins Auge fassen. Verlief die Schwangerschaft normal bis zu Ende, wie wurde das Kind ernährt, wann kamen die ersten Zähne (6.—8. Lebensmonat), wann begann es aufzusitzen (7.—8. Monat), wann zu gehen (gegen Ende des 1. Lebensjahres), wann schloss sich die grosse Fontanelle (15.—18. Monat)? u. s. w. Welche Krankheiten waren früher vorhanden? wie begann und verlief die jetzige?

I. Gruppe: Fiebersymptome.

Bei der Krankenuntersuchung ist von der grössten Bedeutung die Bestimmung der Körperwärme. Mit ihr stehen in nahem Zusammenhange Pulsfrequenz, Körpergewicht, Harnstoffmenge und eine Anzahl von Erscheinungen an der Haut, dem Nervensystem und dem Digestionsapparat. Zu Temperaturbestimmungen verwende man verglichene Thermometer mit mindestens 1/5 Gradeintheilung. Das Instrument wird in den Mastdarm, wo dies unthunlich ist, in die Achselhöhle eingelegt, und bleibt liegen bis das Quecksilber durch 5 Minuten nicht mehr gestiegen ist; in der Achselhöhle, wo von Laien abgelesen wird, mindestens 1/4 Stunde. Das Rectum hat durchschnittlich 1/2° höhere Temperatur und lässt die Beendigung der Messung in der Hälfte der für das Instrument in der Achselhöhle nöthigen Zeit zu. Die Messungen sind, wo sie überhaupt einen Zweck haben sollen, mindestens 2mal täglich, in vielen acuten

Krankheiten 2—3stündlich zu wiederholen. Nur so lassen sich Gesetze über Temperaturgang feststellen, nur so lassen sich die günstigen Resultate erlangen, die die methodische Kaltwasserbehandlung in hochfieberhaften Krankheiten gewährt. Nachdem H. Roger 1844 in einer umfassenden Arbeit jedoch mit Benützung mangelhafter Messungsmethode den Werth der Temperaturbestimmung für die Beurtheilung der Kindererkrankungen gezeigt hatte, blieb dieses Gebiet brach liegen, bis Ziemssen 1862 einen neuen Anstoss gab und die Methoden der Messung kritisch beleuchtete und vervollkommnete. Seither ist die Wärmemessung in der Pädiatrie zur allgemeinen Geltung gekommen und zur Beurtheilung des Fieberverlaufes allein massgebend geworden. Die Körperwärme ist beim Neugeborenen nur $^1/_4$—$^1/_2$ ° C. und im ganzen Kindesalter etwas höher als beim Erwachsenen. Das Wärmeregulirungsvermögen ist weniger entwickelt, Schwankungen, namentlich nach Aufwärts kommen leichter zu Stande. Bei allen regelmässig fortgesetzten Temperaturmessungen an Kindern werden derartige Schwankungen einzelne Male wahrgenommen werden. Sie kommen leichter durch zufällige äussere Einwirkungen zu Stande und werden auch durch ärztliche Eingriffe leichter hervorgerufen. —

So wird auch bei Kindern beobachtet das öftere Vorkommen ephemerer Fieberzustände, die den Fieberanfällen vergleichbar, die bei Erwachsenen durch den Katheterismus oder durch Gallensteine hervorgerufen werden, bei Kindern ungemein oft durch Indigestion, Erkältung, Zahn- oder Wurmreiz, ja durch psychische Aufregungen zu Stande kommen. Mit oder ohne Frost steigt die Temperatur auf 39—40° und erhält sich $^1/_2$—3 Tage auf dieser Höhe. Eine Menge alarmirender äusserer Symptome treten hinzu: Erbrechen, Delirien, Schlafsucht, Convulsionen u. s. w. Ein kritischer Temperaturabfall beendet unerwartet den Krankheitsverlauf, mitunter gibt das Ausbrechen eines Wurms, eine reichliche Stuhlentleerung oder sonst irgend ein auffälliger Vorgang die Erklärung für die Begründungsweise ab, andere Male lässt auch die genaueste Untersuchung die Entstehungsweise nicht erkennen.

Auch remittirende Fieberformen kommen bei Kindern vor, die nicht einfach dem Bilde einer Infections- oder Organerkrankung entsprechen. Müller in Riga hat dieselben näher zu definiren gesucht. Eine seiner Formen von F. remittens infantum, die sich durch Stuhlverstopfung und milchig getrübten Harn auszeichnet, ist mir wiederholt vorgekommen. Sie beginnt mit Frost, macht Abendtemperaturen von ca 39—40° und Morgenremissionen von 1° und endet nach 5—6 Tagen lytisch.

Die rasche Erhebung der Temperatur von Normal um mehrere Grade, die beim Erwachsenen mit einer gewissen Häufigkeit einen Frostanfall auslöst, gelangt beim Kinde, je jünger dasselbe ist, desto seltener zu diesem Effecte. Der Frost ist häufig unvollständig, nur auffallendes Erblassen der Haut und Schläfrigkeit deuten ihn an. Während die gewöhnlichen Zitterkrämpfe beim Froste kleiner Kinder selten sich einstellen, kommt es leicht zu einem allgemeinen Krampfanfalle mit Bewusstlosigkeit (Eklampsie), der den Frost vertritt. Man kann diese Erscheinung erklären durch die Annahme eines stärkeren Krampfes der zum Gehirne führenden Arterien, oder, was mehr für sich hat, durch eine stärkere Erregbarkeit des in Pons und Medulla gelegenen Krampfcentrums. Zur Entstehung eines 1—5, im Mittel 3 Tage nachher erfolgenden Zoster facialis gibt der Fieberfrost sehr oft Veranlassung, doch fallen die Bläschen-Gruppen meist klein und spärlich aus und halten sich mit grösserer Regelmässigkeit an Lippe und unteren Theil der Nase, als später.

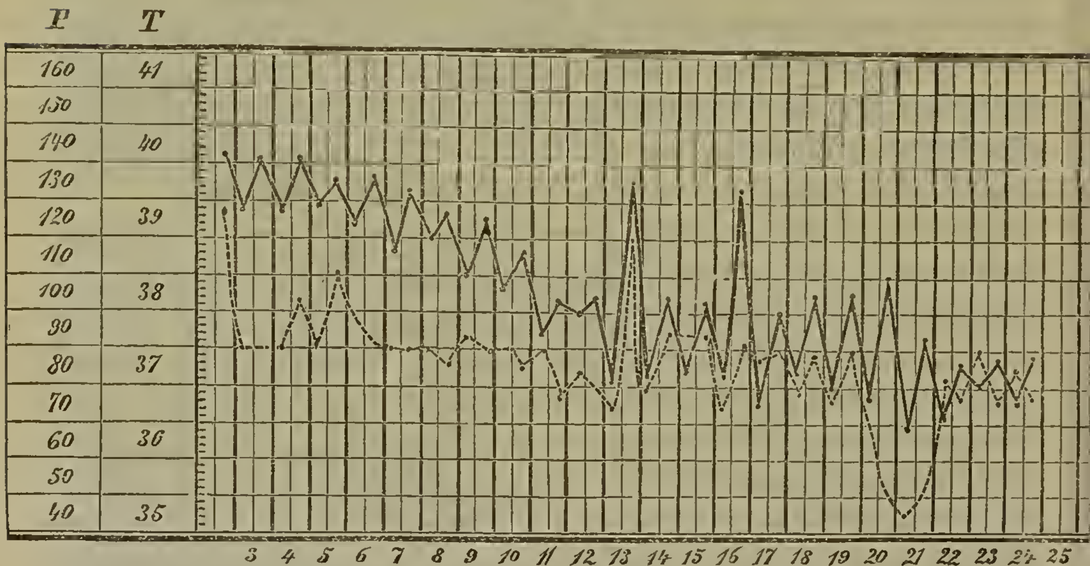
Die Einwirkung höherer Fiebertemperaturen bringt leichter Störungen der Grosshirnfunctionen hervor, namentlich Schlaf, Sinnestäuschungen und daraus hervorgehende Delirien. Die Unterscheidung dieser functionellen Störungen von meningitischen Complicationen acuter Entzündungen bietet grosse Schwierigkeiten. Man geht am Sichersten, wenn man das Vorhandensein von Krampf- oder Lähmungserscheinungen im Gebiete cerebraler Nerven zur Richtschnur nimmt. Der noch weniger schadhafte und mit seinen weicheren Geweben resistentere kindliche Körper erträgt die Einwirkung hoher Temperaturen für einige Zeit besser, als der Erwachsener. Krankheiten, deren Hauptgefahr in der Höhe des Fiebers liegt, geben vielleicht mit Ausnahme des ersten Jahres für das Kindesalter eine günstigere Prognose, als für Erwachsene. — Bei excessiver Höhe und Dauer des Fiebers entstehen auch hier acute Fettentartung der inneren Organe, hämatogener Icterus, vielfache Ekchymosenbildung, Herzparalyse. Durch langdauerndes Fieber wird der kindliche Organismus früher erschöpft als der der Erwachsenen.

Abnorm niedere Temperaturen kommen aus den gewöhnlichen Gründen vor bei allgemeiner arterieller Anämie, mag dieselbe durch Blutverlust bedingt sein oder durch Determination des Blutes in den Venen (Herzfehler, Emphysem, Pulmonalarterienembolie), bei Collaps, Agonie, als nächstes Resultat completer Krisen. Im ersten Lebensmonate kommt eine Erkrankung vor, die ihre wesentliche Eigenschaft in einem so tiefen Sinken der Körperwärme

findet, wie es bei Erwachsenen kaum beobachtet wird, das Sklerom. — So fällt der Gesammtumfang der pathologischen Wärmeschwankung im Kindesalter viel bedeutender aus als bei Erwachsenen, er beträgt nach Roger 19°.

Der Puls folgt dem Gange der Temperatur, wo nicht besondere Einflüsse seine Frequenz erhöhen oder herabsetzen. Der Herzmuskel schlägt von einer heisseren Flüssigkeit bespült schneller (Ludwig). Auf den gebräuchlichen Curventafeln fällt für Kinder unter 4 Jahren die Pulscurve in fieberlosen Zeiten in, für ältere Kinder unter

Fig. 1.



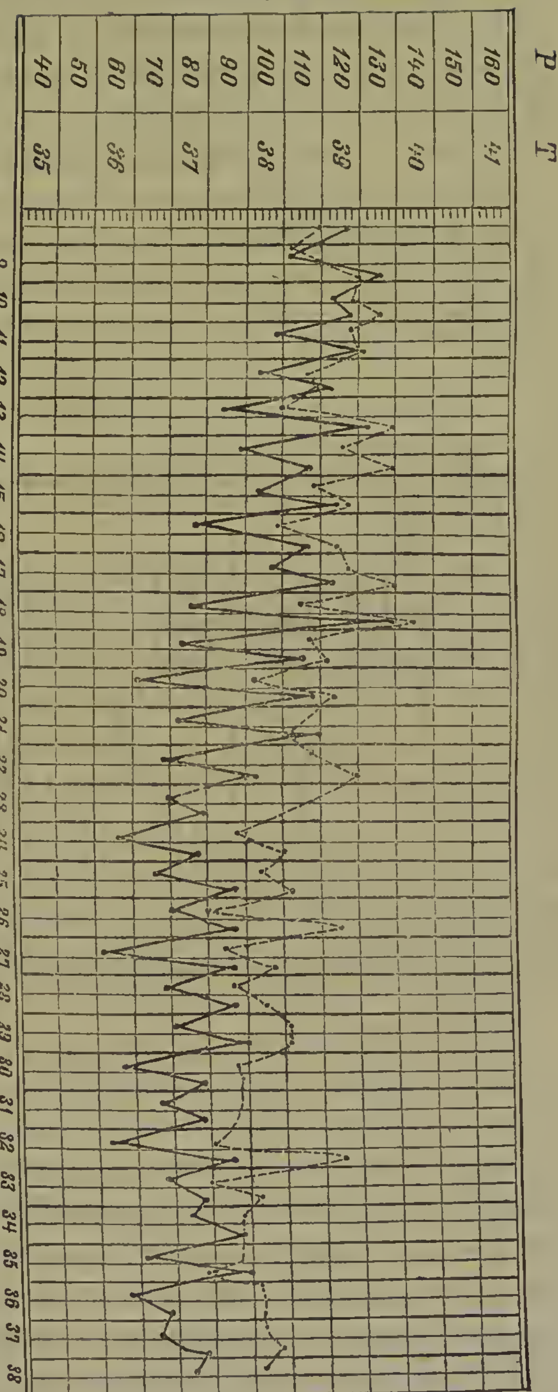
Puls- und Temperaturcurve eines 11jährigen Mädchens mit Abdominaltyphoid. Die punctirte Linie deutet den Puls an und fällt in der hochfieberhaften Zeit durchgehends unter, später in die Temperaturcurve.

die Temperaturcurve, für Kinder unter 4 Jahren in fieberhaften Krankheiten über, für ältere Kinder in die Temperaturcurve. Es hängt dies mit der höheren Frequenz der Herzschläge und der grösseren Erregbarkeit des erregenden Herznervensystems und der geringeren des Hemmungsnerven in dem bezeichneten Alter zusammen. Der Puls des Kindes zeigt sich auch sonst bezüglich seiner Frequenz erregbarer. Dagegen ist die Unregelmässigkeit des Pulses seltener, der Herzmuskel und die zuführenden Nervenbahnen sind noch intacter. Die Unregelmässigkeit der Schläge bei Hirn- und seltener bei Herzkrankheiten ist desshalb ein zuverlässigeres Symptom.

Der Gang des Körpergewicht's mittelst einer guten Wage monatlich, wöchentlich, ein oder mehrmals täglich zur gleichen

Stunde überwacht, zeigt den Gesammteffect der Ernährungsvorgänge an. Die Art und Menge der Nahrung, die normale Beschaffenheit und Function der Verdauungsorgane, der Stoffverbrauch durch Arbeit sind die Elemente, die den Gang des Körpergewichtes Gesunder am Meisten beeinflussen. Bei Kranken hat das Fieber den mächtigsten Effect. Bei erhöhter Temperatur wird mehr Körpersubstanz zu Ausscheidungsproducten verbrannt. Erst in zweiter Reihe rangiren ihrer Bedeutung nach Säfteverluste und Verdauungsstörungen. Das Körpergewicht ist bei Kindern, wenigstens wenn es in grösseren Zwischenräumen bestimmt wird, eine zunehmende Grösse, bei Erwachsenen eine annähernd constante. Man muss desshalb auf die Körpergewichtscurve von Kindern das mittlere Gewicht ihres Alters und dessen normales Ansteigen eintragen, um aus dem Vergleiche zu entnehmen, ob die beobachtete Gewichtszunahme mit der normalen dieses Alters übereinstimmt, sie übertrifft oder nicht erreicht. In den meisten chronischen Krankheiten kann eine gleichmässige, stetige Zunahme des Körpergewichtes als Zeichen eines günstigen Krankheitsverlaufes gelten. Eine Ausnahme findet statt bei Entwickelung wassersüchtiger Zustände; diese werden oft früher

Fig. 2.



Temperatur- und Puls-Curve eines 1½jähr. Knaben mit Abdominaltyphoid. Die punctirte Linie des Pulses fällt in der hochfieberhaften Zeit in, während der Entfieberungsperiode über die Temperaturcurve.

durch unmotivirte Zunahme des Körpergewichtes bemerklich, als durch irgend andere Zeichen. Profuse wässerige Ausscheidungen (Diarrhoe, Schweiss, Harn) können bei sonst günstigem Gange der Erkrankung das Körpergewicht vorübergehend herabsetzen. Die Frage: wie verhält sich die Abmagerung eines Kgrms.Kind zu der eines Kgrm. des erwachsenen Körpers bei gleichartigen und gleichhohen Fieberzuständen? lässt sich noch nicht exact beantworten; die allgemeine Annahme geht dahin, dass Kinder bei schweren Fieberzuständen weniger abmagern und sich nach denselben schneller erholen. Bei Gesunden steigt das Körpergewicht während des Tages und erreicht Abends sein Maximum, durch Sinken während der Nacht Morgens sein Minimum. Im Fieber zeigt sich das umgekehrte Verhalten, das Maximum fällt auf die Frühstunden, das Minimum auf den Abend.

Im Fieber findet eine Wasserretention im Körper statt, die erzielt wird durch Verminderung der Absonderungen (Schweiss, Harn, Verdauungssäfte) und durch vermehrte Flüssigkeitsaufnahme. Sie steht im Zusammenhange mit paralytischer Erweiterung der Körperarterien und vermindertem Blutdrucke. Aus diesen von Leyden aufgefundenen Thatsachen erklärt es sich, dass das Körpergewicht in den ersten Tagen febriler Kinderkrankheiten steigt (Thaon) durch Ueberwiegen der Wasserretention über die febrile Consumtion und dass während der Entfieberungsperiode und des ersten Theiles der Reconvalescenz das Körpergewicht zu sinken fortfährt trotz wiedergekehrten guten Appetites.

Die Harnmenge hängt ab von der Höhe des Blutdruckes in den arteriellen Gefässen der Niere, — der Einfluss der Innervation der Niere, der Getränkemenge, anderweiter Wasserverluste erklärt sich auf diese Weise, — nächstdem von geringen Schwankungen in der chemischen Beschaffenheit des Blutes, die sich namentlich auf Gehalt an Wasser und Salzen beziehen. Das specifische Gewicht steht, abgesehen von dem Einflusse gewisser Nierenschrumpfungen, des Diabetes etc. in umgekehrtem Verhältnisse zu der Harnmenge. Der Kinderharn ist auf den Kgrm. Körpergewicht berechnet bedeutend reichlicher als der Erwachsener, sein specifisches Gewicht ist niederer, z. B. für Säuglinge 1002—1007, die Menge des Wassers, des Harnstoffes, der Harnsäure, der Salze ist grösser, nur die der Extractivstoffe geringer. Von diesen Gesichtspunkten aus müssen die Resultate der Harnuntersuchung am Krankenbette beurtheilt werden (vergl. auch pag. 4).

Die Harnstoffmenge oder richtiger gesagt die Menge stickstoffhaltiger Bestandtheile, nach dem Liebig'schen Titrirverfahren bestimmt, ist abhängig von der Höhe der Körperwärme und der Nahrungsmenge, ausserdem von der Beschaffenheit der Niere, die selbst Harnstoff bildet, von der genossenen Wassermenge und einigen anderen Umständen, die für gewöhnlich nicht in Rechnung kommen. Für kurzdauernde Fieberzustände kann auch die Nahrungsmenge unberücksichtigt bleiben und der einfache Satz gelten: der erhöhten Körperwärme entspricht erhöhte Harnstoffausscheidung. Die Entleerung des in Fieberanfällen gebildeten Harnstoffes erfolgt nicht immer, wie man nach den Voit'schen Beweisen erwarten muss, binnen 24 Stunden; es scheinen Zwischenproducte gebildet und erst später ausgeschieden zu werden. Bei langdauernden Fieberzuständen macht die Wirkung der Inanition sich geltend, die Harnstoffmenge sinkt unter Norm. S. Rosenstein hat dies jüngst für den Typhus exanthematicus nachgewiesen; ich zweifle nicht, dass die analogen Resultate H. Redtenbacher's bei seinen Untersuchungen über Harnstoffausscheidung scarlatinakranker Kinder ebenso zu deuten sind. Es ist nicht anzunehmen, dass die erhöhte Wärmebildung Fieberkranker auf der erhöhten Verbrennung stickstoffhaltiger Körperbestandtheile allein oder wesentlich beruhe (Senator). Die Verhältnisse beim Tetanus sprechen speciell dagegen. Vermehrte Harnstoffausscheidung ohne Erhöhung der Körperwärme findet sich 1) an dem oder den nächsten Tagen nach einer completen Krise, 2) bei den leisesten Anfällen von Intermittens nach erfolgreicher Chininanwendung, 3) bei Diabetes und 4) Phosphorvergiftung (Storch). Hier liegen noch eine Menge von Aufgaben für die Untersuchung am Kinderkrankenbette vor! Der Fieberharn ist auch reicher an Harnsäure und Harnfarbstoff, ärmer an Chlornatrium.

Eiweissgehalt des Harnes findet sich bei allen beträchtlichen Schwankungen des Blutdruckes vor, natürlich auch bei den verschiedensten mechanischen Läsionen des Nierengewebes. Man war lange gewohnt, den Eiweissgehalt des Harnes als Zeichen schwerer Nierenerkrankung zu betrachten, er kann jedoch zeitweise bei solchen Nierenkrankheiten fehlen, und aus anderen Ursachen vorhanden sein. Der Harn des Neugeborenen zeigt oft physiologischen Eiweissgehalt. Rasche Abkühlung der Körperoberfläche, Muskelanstrengung, ein Krampfanfall, Jodbepinselung, Styrax-Einreibung können vorübergehenden Eiweissgehalt des Harnes bedingen. Dass die Cylinder keine höhere Bedeutung haben, zeigt schon ihr Vorkommen bei

jedem Icterischen und nach Krampfanfällen. Am Häufigsten wird Eiweissgehalt des Harns bei hochfieberhaften Krankheiten in vorübergehender Weise angetroffen. Bei Temperaturen, die mehrere Tage hindurch über 40° C. stehen, darf der Eiweissgehalt als gewöhnliche Erscheinung betrachtet werden. Durch Kochen und Zusatz von Salpetersäure lassen sich nicht alle Fälle sog. transitorischer Albuminurie erkennen. Wo diese Probe erfolglos blieb, lässt sich doch oft durch Alkohol ein Stoff fällen, der alle Reactionen des Albuminus gibt. Die in 24 Stunden ausgeschiedene Eiweissmenge kann zwischen Spuren und nahezu 30 Grm. schwanken. Die Bestimmung der Eiweissmenge lässt sich am Leichtesten ausführen nach der Methode von Häbler. Man bestimmt das spec. Gew. des Harnes, fällt das Eiweiss durch Kochen, nöthigenfalls mit einem Tropfen Essigsäure aus, filtrirt und bestimmt aufs Neue das spec. Gew. Die Differenz des spec. Gew. multiplicirt mit 0,021 ergiebt die in 100 Ctm. Harn enthaltene Eiweissmenge. Blutgehalt des Harnes wird microscopisch nachgewiesen durch den Befund von Blutkörperchen oder chemisch durch die Bläuung einer Mischung von Guajactinctur und Terpentinöl. Zu jeder vollständigen Krankenuntersuchung gehört die Prüfung des Harnes auf Eiweiss und Zucker.

In den meisten fieberhaften Krankheiten zeigt sich die Milz vergrössert, soferne nicht wie z. B. bei der Ruhr örtliche Ursachen auf den Blutgehalt des Organes vermindernd einwirken. Die Milzanschwellung, weit entfernt eine Besonderheit der typhusartigen Erkrankungen darzustellen, kommt ebensogut der Tuberculose, der Lungenentzündung und dem Rothlauf zu. Tritt rasche Entfieberung ein, so geht auch in den genannten Fällen die Milz auf ihren früheren Umfang zurück. Der Kaltwasserbehandlung unterzogene Typhen haben geringere Milzanschwellung als andere, genug, bei einer Anzahl fieberhafter Krankheiten ist nur das Fieber, bei anderen (Intermittens) ist das Fieber mit Ursache der Milzanschwellung.

II. Gruppe: Brustsymptome.

Die Zahl der Athemzüge wird sehr verschiedenartig für das Alter der Neugeborenen und Säuglinge angegeben. Sie leidet ähnlich wie der Puls und noch mehr als die Körperwärme an einer grossen Verschiebbarkeit, besonders nach Aufwärts. A. Vogel fand bei schlafenden Säuglingen im Mittel etwa 26 Respirationen in der Minute. Beim Wachen und Schreien steigt diese Zahl bis gegen 50. Man wird desshalb nur mit grosser Vorsicht aus hoher

Zahl der Respirationen auf Krankheiten der Athmungsorgane schliessen dürfen; eher geht dies an, wenn das normale Verhältniss von 1 : 3,5—4 Pulsschlägen beträchtlich alterirt ist, also wenn die Zahl der Athmungen im Vergleiche zu der der Pulse einseitig gestiegen ist. Jede psychische Aufregung, körperliche Anstrengung, jede Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche, jedes Moment, das Kohlensäureanhäufung im Blute bedingt, steigert die Zahl der Athemzüge. Ausnahmen finden statt, wo in Folge hochgradigen Sauerstoffmangels im Blute die Erregbarkeit des Athmungscentrums in der Medulla oblongata vernichtet ist, so bei der Asphyxie der Neugeborenen; ferner wo der Grund der Kohlensäureüberladung in Verengerung des Kehlkopfes oder der Luftröhre liegt. In diesem Falle wird die Athmung nicht im Verhältnisse zu dem Athmungshindernisse beschleunigt, oder selbst verlangsamt. Jeder Fall von Kehlkopfscroup gibt ein deutliches Beispiel hiefür ab; besonders überzeugend ist es, zu sehen wie nach der Tracheotomie die Athmung rascher geschieht anstatt langsamer. — Die bedeutendste Beschleunigung des Athmens liefern Krankheiten, bei welchen die Athmungsfläche verkleinert ist und zugleich Schmerz die Intensität der Athemzüge beschränkt (Pneumonie, Pneumothorax). Hier können Zahlen von 80 und 100 in der Minute erreicht werden. Die Abwechselung beschleunigter und verlangsamter Athemzüge, welche als Cheyne-Stokes'sches Phänomen an Traube und Filehne geistreiche Erklärer fand, wird bei Kindern im Verlaufe von Brust-, Hirn- und sonstigen Krankheiten oft angetroffen.

Die Form der Athmung ist bei Neugeborenen vorwiegend die abdominale, d. h. das Diaphragma contrahirt sich stark zum Zwecke der Inspiration, das Abdomen wird stark vorgewölbt, dagegen die Brustwandungen werden wenig gehoben. Erst vom 10. Jahre an entwickelt sich beim Mädchen der überwiegende Gebrauch der oberen Brusthälften zur Inspiration, indess das Einathmen des Knaben ein vorwiegend diaphragmales bleibt. Bei aufgeregten, schreienden Kindern, ebenso bei katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege wird die Exspiration verlängert, gedehnt, die Inspiration ausserordentlich rasch und intensiv. Der kindliche Thorax erweist sich sehr biegsam. Schrumpfungen und Vorwölbungen einzelner Abschnitte desselben fallen ergiebiger aus als später, sie erfahren noch Steigerungen, indem sich Hemmung oder excessiver Fortschritt des Wachsthums damit verbindet. Diese grössere Biegsamkeit ermöglicht es, dass schon bei starken Katarrhen, Atelektase, Katar-

rhalpneumonie, besonders aber bei Laryngostenosen compensirende Einziehungen längs der Diaphragmainsertion entstehen.

Für die physikalische Untersuchung der Brust ist von Bedeutung, 1) dass die Dämpfung der Thymus zwischen 2. und 4. Rippenknorpel linkerseits als stark fingerbreiter Streif getroffen wird, 2) dass bis zum 8. Jahre hin der Spitzenstoss des Herzens etwas ausserhalb der Papillarlinie liegt, die Herzdämpfung in jeder Richtung etwas grösser ist, z. B. die innere Grenze derselben die halbe Länge des Sternums beträgt (grösseres Herz der Kinder), 3) dass beim Pressen oder Schreien der Percussionsschall allenthalben beträchtlich leerer wird, als er bei ruhigem Athmen war, besonders rechts hinten unten (A. Vogel). 4) Das vesiculäre Athmen ist entsprechend der grösseren Retractionskraft des Lungengewebes schärfer und rauher (pueriles Athmen).

Der Husten ist häufiger bei Kindern, weil er weniger durch den Willen beherrscht und unterdrückt wird, seltener, weil Kinder meist noch unversehrtere Brustorgane haben und weil in diesem Alter Brustkrankheiten weniger prävaliren. Die Hauptformen desselben sind 1) der einfach katarrhalische Husten, 2) der unterbrochene Husten, ein trockenes, kurzes, abgebrochenes Hüsteln (Pneumonie, Pleuritis), 3) der heisere bellende Husten (Laryngitis), 4) der krampfhafte paroxysmenweise Husten (Keuchhusten). Der Auswurf wird im früheren Kindesalter regelmässig verschluckt, nur bei sehr heftigen Hustenanfällen, wenn er sehr reichlich oder übelschmeckend ist, kommt er durch den Mund zu Tage.

Ein anderes respiratorisches Symptom, der Schrei, dem man nur zu häufig am Kinderkrankenbette begegnet, drückt die verschiedensten unangenehmen Sensationen aus von schlechter Stimmung bis zum schneidenden Schmerz, seltener freudige, angenehme Eindrücke. Er drückt ein Stück Anamnese des Kindes, das noch nicht sprechen kann, aus, mehr noch dessen jetzige Beschwerden. Gutgepflegte und liebevoll behandelte Kinder sind sparsam mit ihrem Schrei, verwöhnte oder verwahrloste, unreinlich gehaltene, sieche Kinder gehen verschwenderisch damit um. Ob Unart oder Schmerz der Grund des Schreies ist, lässt sich oft sofort erkennen; lässt sich der Schrei durch Druck auf eine Stelle constant hervorrufen, so entspricht dies einer Schmerzangabe. Die Gefahr der Entstehung von Hernien durch die Wirkung der Bauchpresse bei fortgesetztem Schreien und der Entstehung von Hirnhyperämie durch Blutstauung ist keine sehr naheliegende. Blutungen aus Wunden oder Ge-

schwüren können in sehr unangenehmer Weise durch starkes Schreien unterhalten werden. Die beste Therapie ist die auf die Ursachen gerichtete. Narkotische Mittel, Lutschbeutel, Wiegen sollen nicht angewandt werden, jedenfalls nicht zum häufigen Gebrauche kommen. Für eine recht eingehende Analyse des Schreies bilden noch immer die Angaben von Billard die beste Grundlage.

Billard unterscheidet I. nach der Form: 1) unvollständigen, 2) mühsamen, 3) erstickten; II. nach dem Timbre: 1) scharfen oder durchdringenden, 2) tiefen sonoren, 3) belegten (voilé), 4) meckernden; III. nach der Dauer: 1) kurzen oder häufigen, 2) unterbrochenen oder schluchzenden Schrei. Vollständig ist der Schrei, wenn er aus eigentlichem Schrei (exspiratorisch) und Echo besteht; unvollständiger nur exspiratorischer Schrei entspricht gesunden Respirationsorganen, nur inspiratorischer Schrei wird bei Unwegsamkeit eines grossen Theiles des Lungengewebes gehört (Atelektase, Pneumonie). Mühsames Geschrei, mit Anstrengung unter Verziehen des Gesichtes hervorgebracht, zu Ende des einzelnen Schreies allmählig abnehmend, soll bei verschiedenen schweren Krankheiten beobachtet werden. Erstickter (klangloser) Schrei findet sich unmittelbar nach der Geburt, dann bei Agonisirenden, dann aber auch im Laufe verschiedener schwererer, namentlich respiratorischer Erkrankungen. Das verschiedene Timbre des Schreies deutet vorzüglich auf mancherlei Zustände am Kehlkopfe hin, so der belegte Schrei auf Katarrhe desselben, der meckernde wurde von Billiard bei Oedema glottidis beobachtet. Der durchdringende Schrei soll sich bei Entzündungen der Tonsillen, des Kehlkopfes, jedoch auch bei blosser Irritation des letzteren (nach langem Schreien) und bei anderen Krankheiten (so Hydrocephalus) finden. — Der unterbrochene oder schluchzende Schrei soll vorzüglich suffocativer Angina zukommen. Im Uebrigen ist die Dauer des Schreies von geringer diagnostischer Bedeutung und steht hauptsächlich mit der Häufigkeit der Respirationen im umgekehrten Verhältnisse.

III. Gruppe: Nervensymptome.

Für die Hirnkrankheiten ergeben sich wichtige Zeichen aus der noch im Werden begriffenen, für pathologische Einflüsse sehr angreifbaren Form des Schädels. Sie lässt sich mittelst des Cyrtometers oder eines Bleidrahtes nach dem Vorgange von S. Gee graphisch darstellen. Wasserköpfe und Hirnhypertrophie, die im

Säuglingsalter entstehen, liefern leicht erkennbare grosse Schädelformen, halbseitige Verkümmerung des Hirns prägt sich nur im Kindesalter an der Schädelform aus. Noch weit mehr Anhaltspunkte gibt im ersten Lebensjahre auch in Betreff feinerer Schwankungen des intracraniellen Druckes die Spannung und Wölbung der Nähte und vorzüglich der grossen Fontanelle. Hyperämie, Bluterguss, Transsudation und Exsudation innerhalb des Gehirns oder an seinen Hüllen machen die Nähte und Fontanellen convex und straff gespannt; Anämie, Atrophie machen sie einsinken und bewirken, dass die Knochenränder längs der Nähte sich übereinander schieben. Die grosse Fontanelle zeigt eine respiratorische und pulsatorische Bewegung. Während der Exspiration schwillt sie an durch venöse Hirnhyperämie, während der Inspiration wird sie flacher und schlaffer. Eine schwächere Bewegung findet statt in dem Sinne, dass der Herzsystole Vorwölbung, der Diastole Abspannung entspricht. Diese Bewegungen sind abhängig von der Intensität der Athemzüge und der Herzcontractionen, und von einem günstigen mittleren Spannungsgrade des Schädelinhaltes. Sie verschwinden also bei allen den Krankheiten, welche starke Wölbung der Fontanelle bewirken. Bei der Auscultation der Fontanelle hört man ausser fortgeleiteten Athmungs- und Schluckgeräuschen ein systolisches arterielles Blasen. Dasselbe verschwindet physiologischerweise mit der Schliessung der Knochenlücke, pathologischerweise bei rascher Steigerung des intracraniellen Druckes. Solange dieses Geräusch besteht, hört man auch ein ähnliches bei der Auscultation der Carotis. Jurasz hat in sehr überzeugender Weise dieses Geräusch erklärt aus dem Kampfe der Carotis mit der Enge ihres Kanales im Felsenbeine.

Die Diagnostik der Hirnkrankheiten hat sehr positive Fortschritte gemacht durch die Verwendung des Augenspiegels. Bouchut hat vorzüglich die Hirnkrankheiten der Kinder in dieser Richtung studirt. Die Art. ophthalmica nimmt als Ast der Carotis interna Theil an deren Hyperämieen und sonstigen Schwankungen der Blutfülle. Sie nimmt aber auch Theil an deren capillaren Embolieen; daher ergibt sich die Wichtigkeit des ophthalmoskopischen Befundes für die Diagnose der Hirnhyperämie und der acuten Tuberculose. Von Gehirntumoren, die den Raum in der Schädelhöhle beschränken, ist die Schwellung der Sehnervenpapille mit Schlängelung der Vena centr. abzuleiten. Die Papille kann ferner durch geringere entzündliche Schwellung hinweisen auf eine im Sehnerven aus der Schädel-

höhle in die Augenhöhle fortgeleitete Entzündung und durch Atrophie auf Compression des N. opticus (Gräfe). Zu berücksichtigen sind noch ausserdem die besonderen ophthalmoskopischen Befunde bei Leukämie, Morbus Brightii, Diabetes u. s. w. Man wird daraus die enorme Tragweite dieser Untersuchungsweise für die Diagnostik vieler inneren Krankheiten, besonders aber der Hirnkrankheiten ersehen.

Periphere Lähmungen machen, soferne sie complet sind schon nach wenigen, längstens nach 14 Tagen beginnende Atrophie der ihre elektrische Contractilität einbüssenden Muskeln. Bei Kindern nehmen an dieser Atrophie die übrigen Weichtheile und nicht minder die Knorpel und Knochen Theil, die bei Erwachsenen kaum in bemerklicher Weise atrophiren. Es erfolgt nicht allein eine Abnahme der Dicke, sondern auch der Länge der Theile, wenn auch nur durch Stillstand ihres Längenwachsthumes. Mehr noch bewirkt im Kindesalter, nach meinen Beobachtungen bis mindestens zum 9. Jahre hinauf, auch intracerebrale Zerstörung der für einen Theil bestimmten Nervenfasern Atrophie desselben. Ueberhaupt entstehen die meisten Trophoneurosen im Kindesalter und kommen bei Erwachsenen nur von hier aus verschleppt zur Beobachtung.

Die Centralapparate für die Coordination der Bewegung treten allmählich mit ihren Functionen hervor, sie werden leicht durch Mangel der Reize, durch die sie angeregt werden (Hören: Sprechen), durch Krankheiten des Gehirnes (Aphasie, Agraphie) oder durch Schwäche der motorischen Organe, auf die sie wirken, in ihrer Thätigkeit geschwächt oder gehemmt. Dennoch sind eigentliche Ataxieen, wenn man von Chorea absieht, selten. Die Hemmung der Reflexe ist noch wenig energisch, das Krampfcentrum in Pons und Medulla oblongata ist Erregungen leichter zugängig, die Grosshirnfunctionen sind leicht unterdrückbar: dies wohl die Gründe der Häufigkeit reflectorisch erregter Krampfanfälle und der Häufigkeit krampfhafter Symptome in der Hirnpathologie der Kinder. Sie zeigen geringere Neigung habituell zu werden als später und treten meistens in wohlausgesprochenen vollständigen Anfällen auf, Abortivformen sind seltener. Die Bewusstlosigkeit pflegt auch bei symptomatischen Formen langdauernd, tief und die Krämpfe überdauernd zu sein. Von Laien werden oft Schmerzanfälle mit Krämpfen verwechselt. Sehr viele sogenannte »Fraisen« oder »Gichtern« beschränken sich bei genauerem Zusehen auf ungestümes Schreien oder krampfhafte Bewegungen.

IV. Gruppe: Symptome der Digestionsorgane.

Die Mechanik der Nahrungsaufnahme verdient bei Säuglingen entschiedene Beachtung. Bei frühgeborenen Kindern ist die Coordination des Saugactes noch nicht entwickelt, die Muttermilch muss ihnen eingespritzt werden durch Druck auf die vorgehaltene Brust. Bildungsfehler der Mund- und Rachenhöhle beschränken oder verhindern das Saugen. Auf die recht ernsthaften Schwierigkeiten, die durch Nasenkatarrh und Verstopfung der Nasengänge für diese Function entstehen können, hat Kussmaul in nachdrücklicher Weise aufmerksam gemacht. Während des Saugens entstehen Stickanfälle, dasselbe wird unterbrochen und später entschliessen sich die Kinder überhaupt nicht mehr dazu, so dass ihre Ernährung durch Katheterismus der Speiseröhre und Injection von Milch bewirkt werden muss, ein Verfahren, von dem bei den Krankheiten der Deglutitionsorgane der Säuglinge, wie ich glaube, noch zu wenig Gebrauch gemacht wird.

Die Inspection der Rachenorgane gibt nicht allein über eine Anzahl von Formanomalieen (Uvula bipartita, Palatum fissum, Polypen des weichen Gaumens), sondern auch für eine grosse Zahl von Krankheiten und Krankheitsresiduen sofort sicheren Aufschluss. Wo die technischen Schwierigkeiten zu bedeutend sind, kann der tastende Finger an die Stelle des Auges treten, um wenigstens gröbere Veränderungen, Abscess, Oedem der Rachengebilde nicht zu übersehen. Ich würde keine Krankenuntersuchung für vollständig halten, bei der die Rachenorgane nicht in einer dieser Weisen vorgenommen worden sind. Ich verwende dazu viel lieber einen Löffelstiel, ein Falzbein oder dergl., als einen Spatel oder sonst ein vom Arzte mitgeführtes Instrument, seitdem ich Diphtheritis durch den Spatel des Arztes überimpfen gesehen habe. Man schiebt das Instrument rasch bis zur Zungenwurzel und übt auf diese einen kurzen starken Druck aus, um im nächsten Augenblicke, wenn die Stellung des Kopfes richtig gewählt war und genügend Licht einfällt, die Rachenorgane zu überblicken.

Die Form des Unterleibes zeigt stärkere Wölbung als bei Erwachsenen, starke Respirationsbewegung. Bei vielen Erkrankungen der Unterleibsorgane (Bauchfellentzündung, Ascites, Meteorismus, Anschwellung der grossen Drüsen) steigert sich diese Wölbung, indess bei Inanition und bei gewissen Hirnkrankheiten besonders Meningitis basilaris ein solches Einsinken derselben statt-

findet, dass die Wirbelsäule gefühlt und die Blase bei mässiger Füllung als birnförmige Geschwulst oberhalb der Symphyse gesehen werden kann. Besondere Beachtung verdienen die bei atrophischen Säuglingen oft sichtbaren Contouren der Darmschlingen, der grossen Curvatur und des unteren Leberrandes.

Das Abfallen des Nabelstranges im Ganzen, das dem Verschlusse der Gefässe desselben folgt, kommt am 1. bis 5. Tage zu Stande und wurde besonders von Billard genau beobachtet. Nach ihm verläuft der Process wesentlich anders am Lebenden, als am Todten, indem beim Ersteren eine Vertrocknung und Schrumpfung der Wharton'schen Sulze Statt hat, die wesentlich zum Verschlusse der Gefässe mit beiträgt, bei dem letzteren aber ein einfaches Faulen eingeleitet wird. Er verläuft aber auch anders bei dicken, an Sulze reichen Strängen, als an mageren, trockenen. Bei den einen soll nämlich nur eine leichte Secretion dünnen Fluidums, bei den anderen eine eigentliche Eiterung dem Processe der Losstossung nachfolgen. Dieser selbst wurde sehr verschieden aufgefasst, bald als resultirend aus einer demarcativen Eiterung (Haller), bald als hervorgehend aus Verschiebungen der Bauchdecken (Respiration), an denen der Strang nicht, oder des Stranges, an denen die Basis desselben nicht theilnimmt. Wie dem sei, so viel ist sicher, dass bei kachektischen Kindern, bei vorhandener Unreinlichkeit, oder bei örtlichen mechanischen Insulten dieser physiologische Process zu zahlreichen und schlimmen pathologischen Vorgängen der Ausgangspunkt werden kann. Die Wunde des Nabels durch mechanische Insulten ihres Granulationsschutzes beraubt, mit septischen Infectionsstoffen in Berührung gebracht, kann die verrätherische Eingangspforte für die Spaltpilze der septischen Infection und anderer Krankheiten werden. Dahin gehören Erysipel, Abscessbildung oder tiefe Vereiterung, Peritonitis, Fistelbildung (Urachus und Darm), Gangrän, nachherige Blennorrhoe, hartnäckige Nabelblutung. Letztere kommt vorzüglich unter dem Einflusse schlechter, scorbutischer Blutbeschaffenheit zu Stande, dann unter dem der hereditären hämorrhagischen Diathese und bedarf oft kräftiger chirurgischer Eingriffe, um gestillt zu werden. Nach dem zeitlichen Aufeinanderfolgen lässt sich nicht läugnen, dass ein Zusammenhang zwischen der Wunde am Nabel und dem Starrkrampf der Neugeborenen existirt. Manchen der aufgezählten Erkrankungen, namentlich den septischen wird durch den Schutz des Lister'schen Verfahrens vorzubeugen sein.

Endlich stehen im Zusammenhange mit diesen Vorgängen 1) das

Offenbleiben der Vena umbilicalis, das in den seltenen Fällen, wo es bis ins spätere Leben fortbesteht und Verschluss der Lebervenen durch irgend eine Krankheit mit Verdrängung oder Schwund des Parenchyms dieses Organs hinzutritt, zur Deutung des Caput medusae benutzt wurde, 2) die Entstehung von Harnfisteln am Nabel in den Fällen, wo der Urachus (späteres Ligamentum vesicae medium) noch offen war und gangränöse Entzündung eintrat, endlich 3) Entstehung der Hernia umbilicalis, eines meist kirschkern- bis taubeneigrossen, halbkugeligen oder, wenn grösser, mehr cylindrischen Wulstes, der beim Zufühlen oder Percutiren einen Inhalt von Darm oder Netz erkennen lässt, nach dessen Reposition eingestülpt werden kann und einen deutlichen Bruchring erkennen lässt (Lücken in den Bauchdecken). Derselbe entsteht gewöhnlich innerhalb der 4 ersten Monate nach der Geburt und kann durch umschriebene Peritonitiden in der Nähe, oder durch Einklemmung seines Inhaltes, bedenklich werden. Er ist zu unterscheiden von der Hernia funiculi umbilic., wo bei Mangel der Bauchdecken (Hemmung) an der betreffenden Stelle, die Eingeweide zwischen das lockere Gewebe an der breiten Basis des Nabelstranges sich eindrängen und, wo die Lücke gross ist, nach dem Abfallen des Nabelstranges unbedeckt liegen. Daher meist lethaler Verlauf derselben. —

Der Act des Erbrechens wird bei Kindern durch die mehr verticale Stellung des Magens begünstigt. Es erfolgt auf mechanische Reizung der Magenwände hin in reflectorischer Weise. Chemische Reizung der Magenwände, so bei Säuglingen durch saure, zu fette oder verdorbene Milch, macht gleichfalls Erbrechen, meist von einiger Andauer, hinterlässt den Magen krank und erzeugt gewöhnlich auch noch Darmkatarrh. Fieberzustände vermindern die Absonderung des Magensaftes, besonders der Chlorwassersäure (Manassein), Galleneintritt schlägt das wirksame Princip in unlöslichem Zustande nieder. Darnach wirken auch sonst gute Nahrungsmittel unverdaut als Fremdkörper. Die meisten acuten Vergiftungen haben das Erbrechen zum ersten Act. Sie rufen es theils durch Einwirkung auf die Magenwände, theils durch Reizung der zum Magen führenden motorischen Nervenfasern hervor. Dahin gehört auch das Erbrechen im Beginne der acuten Infectionskrankheiten. Endlich ist noch des Erbrechens zu gedenken, das durch Erkrankungen des Gehirnes, speciell des verlängerten Markes, entsteht und ohne alle weiteren Zeichen von Magenerkrankung verläuft. Meistens wird nur das Genossene, mehr oder weniger ver-

ändert, herausbefördert. Es liegt nahe, wie wichtig die Beobachtung der physikalischen Eigenschaften und der chemischen Reactionen desselben für die Diagnose von Vergiftungen ist. Bei Verletzung der Magenwände erscheint Blut im Erbrochenen, bei lang fortgesetztem Erbrechen Galle, später Darminhalt.

Bezüglich des Stuhlganges gilt die Regel, dass er bei Säuglingen 2—4 Mal, später 1—2 Mal erfolgen soll in 24 Stunden. Rein wässerige Stühle weisen auf acutesten Darmkatarrh hin, blutige auf Verletzung der Darmschleimhaut, entfärbte auf Behinderung des Gallenzuflusses. Grüne Stühle, die im Kindesalter so oft zum Vorschein kommen, verdanken ihre Färbung der Bildung von Biliprasin. Es entsteht leicht durch Oxydation des Bilifulvin's, das in den Stühlen des Säuglings enthalten ist, während die des Erwachsenen Urobilin ihre Farbe verdanken.

Als besonderen Fortschritt in der Diagnostik haben wir hier die Resultate der mikroskopischen Untersuchung des Stuhlganges zu erwähnen. Die Diagnose der menschlichen Eingeweidewürmer ist dadurch dem früheren Dunkel entrissen worden und zu sicheren Anhaltspunkten gelangt. Dieselben legen eine solche Masse von Eiern, dass jede Probe des Stuhlganges durch die charakteristischen Eiformen ihre Anwesenheit verräth. Es steht zu erwarten, dass auch die pflanzlichen im Darm vorkommenden Parasiten mittelst starker Vergrösserungen sicher erkannt und durch fortgesetzte Untersuchungen bezüglich ihres krankmachenden Einflusses richtiger gewürdigt werden.

IV. Therapeutische Vorbemerkungen.

Mehr als bei anderen Schutzbefohlenen muss bei Kindern der Arzt die Verhütung der Krankheiten durch frühzeitige Bekämpfung ihrer Ursachen im Auge haben. Von richtiger Pflege und Ernährung hängt das ganze körperliche und in grossem Umfange auch das geistige Gedeihen des Kindes ab. Man kann ohne Uebertreibung sagen, dass die meisten Krankheiten der Kinder vermieden werden können; in vielen verständigen, gutberathenen, gutsituirten Familien gelingt dies ebenso sicher, als es die Einrichtungen von manchen Findelhäusern ermöglichen, 4/5 ihrer Pfleglinge tödtlichen Krankheiten verfallen zu lassen. Selbststillen und Abgewöhnen, Wahl der Amme, Athmungsluft, Reinigung, Kleidung, Beaufsichtigung kommen da zur Sprache. Alles das liegt in der

Hand der Eltern, denen der Arzt nicht allein ein bereitwilliger Rathgeber dort sein soll, wo sie es wünschen, sondern auch unbarmherzig alle die Gebrechen ihrer ·Kinderpflege aufdecken und vorhalten soll, die er in ihrem Hause wahrnimmt. Ueberredung und Widerlegung bleiben irrigen Anschauungen gegenüber selten unwirksam, während die vereinzelten Fälle wissentlicher Untergrabung der Gesundheit der Kinder, welche aus den Gerichtssälen bekannt wurden, meistens gerade durch ärztliches Dazwischentreten noch rechtzeitig ans Licht gezogen wurden. Genug, die grössere erfolgreichere Thätigkeit des Arztes betrifft die Verhütung der Erkrankungen.

Ganz besonders dürften folgende Punkte zu berücksichtigen sein.

Von früher Jugend auf soll bei gesunden Kindern durch tägliche kalte Waschung einige Abhärtung erstrebt werden. Die Kleidung soll vor Erkältung schützen, aber weder verwöhnen noch beengen, noch auch durch auffällige Eigenschaften die Aufmerksamkeit erregen und die Eitelkeit wecken.

Dem Zwange der Schule ist die Bewegung im Freien als Correctiv entgegen zu stellen. Dem natürlichen Drange des Kindes nach Muskelbewegung muss durch Turnen, Spiele, Spaziergänge wenigstens zeitweise Genüge geleistet werden.

Rückkehr zu den natürlicheren Verhältnissen des Landlebens in der Ferienzeit kann nicht genug den Städtern empfohlen werden. Es ist ein schöner Fortschritt, dass man jetzt aus einigen Städten (Frankfurt, Stuttgart) auch die Kinder der Armen in der Ferie einige Wochen aufs Land schickt, wo sie bei Milch und Waldluft die Blässe der Schulfarbe leichter verlieren, als zu Hause durch Eisen und Leberthran.

Die Nahrung sei einfach, kräftig, genügend, werde in regelmässigen Mahlzeiten, namentlich Abends nicht zu reichlich genossen. In der gemischten Kost sollen die Vegetabilien eher vorwiegen, Leckereien nicht und Spirituosen nur ausnahmsweise und spärlich vertreten sein. In grossen Städten mit unreinem Trinkwasser sind sie freilich unvermeidlich.

Etwas leichtere körperliche Arbeit dürfte zu den naturgemässen Lebensbedingungen auch schon des Knabenalters zu zählen sein.

Die arzneiliche Behandlung muss vorzüglich die Localeffecte der angewandten Stoffe bezwecken. Die directe Localwirkung wird beansprucht, wo man immer äussere Mittel anwendet, bei inneren, sofern sie auf die Schleimhaut der ersten Wege wirken sollen. Se-

cundäre Localwirkung ist z. B. der Einfluss des innerlich genommenen Opiums auf einen schmerzenden Nerven, des Atropins auf die Pupille, des Strychnins auf das Rückenmark. Diese secundäre Localwirkung hängt ab von der Concentration, in der ein angewandtes Arzneimittel im Blute circulirend mit dem kranken Theil in Beziehung tritt. Diese Concentration ist abhängig von der Schnelligkeit der Resorption, von der Schnelligkeit der Wiederausscheidung, von der Menge des angewandten Arzneistoffes und von der Blutmenge des Individuums.

Auf die Schnelligkeit der Resorption hat der Applicationsort grossen Einfluss. Der ganze Vortheil der subcutanen Injectionen, die Kleinheit der Dosen bei denselben (1/2—1/3 der Dose per os) finden darin ihre Erklärung. Auf die Bedeutung der Eliminationsgeschwindigkeit hat namentlich L. Herrmann aufmerksam gemacht. Sie ist für verschiedene Stoffe unendlich verschieden. Curare verschwindet sehr schnell, Jodkalium in 1—3 Tagen, Quecksilber oder Silber erst nach Jahren, wenn je, aus dem Körper.

Die anzuwendende Menge des Arzneistoffes ergibt sich hauptsäahlich aus der Berücksichtigung der Blutmenge. Wohl gibt es bekannte Unterschiede in der Empfänglichkeit, ja selbst in der Angewöhnungsmöglichkeit für Arzneiwirkungen, bei manchen Kranken ist kein Speichelfluss zu erzwingen, bei anderen erscheint er nach minimalen Mercurialdosen, allein das ist nur Ausnahmserfahrung nicht Gegenstand irgend einer Berechnung. Von diesen rein individuellen Verhältnissen abgesehen ist die Bemessung der Arzneidose hauptsächlich abhängig von der Blutmenge des Körpers. Dies gilt auch für das Kindesalter. Man wird am sichersten aus dem Körpergewichte die Dosen berechnen. Wenn dessen ungeachtet für Säuglinge die Dose vieler Arzneistoffe von starker secundärer Localwirkung noch kleiner ist, als man nach dem Verhältnisse ihres Körpergewichtes zu dem Erwachsener erwarten sollte, so findet dieser Umstand zum Theil seine Erklärung in der geringeren Blutmenge kleiner Kinder (1/19 beim Neugeborenen, bei Erwachsenen 1/13 des Körpergewichtes nach Welcker). Zum Theile muss man auch diesen Umstand durch stärkere Einwirkung derselben Mittel auf die Gewebselemente des kindlichen Körpers erklären. Hier scheinen wesentliche Unterschiede in dem Verhalten der einzelnen Arzneistoffe zu bestehen. Die primären Localwirkungen lassen dies leichter überblicken. Während adstringirende Substanzen, wie Alaun, Blei, Höllenstein, brechenerregende Mittel, selbst einzelne Abführmittel,

z. B. Calomel dreist in der aus dem Verhältnisse des Körpergewichts abgeleiteten Dose gereicht werden können, kaum für andere, z. B. die corrosiven Quecksilberpräparate die Dose kaum klein genug gegriffen werden, um schwere primäre Localwirkungen zu vermeiden. Der einfachste Beweis für eine solche qualitativ und quantitativ verschiedene Reaction der Gewebselemente des kindlichen Körpers liegt darin, dass man Neugeborene nicht mit entsprechend kleineren Mengen derselben Nahrungsmittel wie Erwachsene ernähren darf. —

Für die Erlangung einer rationellen Therapie ist das Grammgewicht von grösster Bedeutung. Es ermöglicht die oben geforderte Uebereinstimmung zwischen Körpergewicht des Kranken und Arzneidose. Es gestattet ferner, das Bewusstsein von der Concentration des Arzneimittels stets gegenwärtig zu halten. Man muss sich freilich auch, um dieses Vortheils theilhaftig zu werden, gewöhnen in Decimalen zu denken. Für die Therapie kann das ebenso wichtig sein, als das »mikroskopische Denken« für die pathologische Anatomie. Man muss nicht allein die Lösungen zu Aetzungen, Injectionen, Inhalationen und anderem äusserem Gebrauche decimal construiren (1/4-, 1/3-, 5-, 10prozentige Höllensteinlösung etc.), sondern auch die Mixturen, Pulver etc. so ausdenken. Werden z. B. Salmiak, Digitalis, Säuren in 1 % Lösungen verschrieben und beträgt das Volumen einer Kindermixtur durchschnittlich 100 Grm., so ist nichts leichter als eine solche zu verordnen. Darnach werden wir ferner unsere Pulver stets in doses aequales nro. V. X oder XV theilen lassen, unsere indifferenten Salben 10% bereiten lassen u. s. w. Es wird keiner besonderen Ueberlegung bedürfen, dass ein Pulver etwa 0,5 Grm. schwer werden, die Pille 0,1 wiegen soll, das letztere in Zahlen von 25, 50, 100 anzufertigen ist. Der todte Recept-Formalismus erhält durch diese Neuerung einen verdienten schweren Stoss, die einfache Form, die sorgfältige Indication tritt in den Vordergrund, die unnütze Complication wird beseitigt.

Die locale Therapie hat in den letzten 15 Jahren Fortschritte gemacht, die der Kinderheilkunde sehr zu Gute gekommen sind. Ich zweifle nicht, dass unter diesen Errungenschaften obenan zu stellen ist die Erlangung genauer Indicationen und erfolgreicher Methoden für Verwendung der normalen, künstlich gesteigerten Function der Haut zur Wärmeregulation in fieberhaften Krankheiten, ebenso der Hautausscheidung zur Befreiung des Blutplasmas und der Parenchymsäfte von überschüssigem Wasser und excrementitiellen Bestandtheilen. Die Wärmeentziehung durch kalte Bäder,

Begiessungen oder Einwickelungen und die Erregung profuser Transpiration durch heisse Wasser- oder Sandbäder hat in der Badetemperatur einen ungleich mächtigeren Hebel zur Erlangung von Heilerfolgen, als ihn die chemische Constitution der meisten Badewässer bietet, erkennen lassen.

Die Wärmeentziehung durch Bäder ist bei Fieberkranken erfolgreicher als bei Gesunden. Die Temperaturmessungen bei den fieberhaften Krankheiten von regulärem Verlauf weisen allerdings darauf hin, dass der Wärmeregulationsapparat für den ihrer Krankheit entsprechenden Grad von Körperwärme ähnlich arbeitet wie bei Gesunden (Wachsmuth), (ein Pneumoniekranker, der im Winter dürftig gekleidet in die Klinik herein lief, hatte geradesogut 40°, wie am andern Tage, nachdem er im Hause 24 Stunden zu Bett gelegen war); allein beim Vergleiche der ersten bahnbrechenden Versuche Liebermeister's und dessen, was man bei der Kaltwasserbehandlung fiebernder Kranker sieht, ergibt sich, dass dort um wenige Zehntel-Grade, hier um 2—3 Grade durch eine nahezu gleiche Einwirkung die Temperatur herabgesetzt wird, dass die Körperwärme bei Fieberkranken unvollständiger regulirt ist als bei Gesunden. Man kann durch ein kaltes Bad von 1/4 Stunde Dauer den Verlauf einer hochfieberhaften Krankheit auf 2—4 Stunden entfiebern, durch je nach Bedarf wiederholte Anwendung dieses Mittels kann der ganze Verlauf aller derjenigen Gefahren entkleidet werden, die aus der Fieberhöhe entspringen. Den Werth dieses Erfolges hat man vorzüglich durch die lehrreichen Forschungen von Liebermeister kennen gelernt, der zuerst die typhösen Symptome acuter Krankheiten als Fieberwirkung auffassen lehrte. Die Delirien, die man früher durch Hirnhyperämie erklärte und durch Blutentziehung bekämpfte, die Bewusstlosigkeit, wegen deren Nervina und Reizmittel angewandt wurden, Muskelzuckungen, Herabrutschen im Bett, unwillkührlicher Abgang von Stuhl und Urin, alles das ist grossentheils Folge der andauernden und hochgesteigerten Körperwärme, viel weniger des Scharlach-, Typhus-Giftes oder der Pneumonie, oder sonst irgend einer speciellen Krankheit. Durchschnittlich ertragen Kinder solche hohe Temperaturen schlechter als Erwachsene, sie zeigen in fieberhaften Krankheiten wohl einzelne steile Gipfel der Curve, aber im Ganzen eine geringere und weniger consequent hochbleibende Elevation derselben. Sehr günstig wird die antifebrile Wirkung der Kälte unterstützt durch seltene, grosse, spätabendliche Dosen von Chinin. Man bedarf, um ein beträchtliches Sinken der

Körperwärme zu erzielen, bei Kindern zwischen 1—2 J. 0,3—1 Grm., zwischen 3—5 J. 0,6—1 Grm., von 6—10 J. 0,6—1,3 Grm., von 11—15 J. 0,6—2 Grm. (Hagenbach). Die Anwendung des Weins ist bei hohem Fieber und energischer Kaltwasserbehandlung nicht zu entbehren und um so zulässiger, da sie die Temperatur herabsetzen hilft (Bouvier). Durch planmässige Anwendung der Kaltwasserbehandlung kann die Abmagerung, die das Fieber bewirkt, beschränkt und dem schlimmsten Erfolge hoher Temperaturen, der acuten Fettentartung der inneren Organe vorgebeugt werden. Man hat bis jetzt nur für die Typhen ausgedehnte Erfahrungen und beweisende Zahlenreihen über den Erfolg dieser Behandlung; indess ist kein Zweifel, dass sie bei Scharlach, Masern, Pocken, acuter Tuberculose, gewissen acuten Gelenkrheumatismen, kurz überall dort, wo die Hauptgefahr vom Fieber her droht, ihren Platz finden wird. Wahrscheinlich wird sich dann auch für die übrigen ergeben, wie für das Abdominal-Typhoid schon feststeht, dass unter deren Einwirkung zugleich alle örtlichen Erscheinungen der Krankheit gelinder verlaufen.

Hier ist auch der Ort, die überaus günstigen Wirkungen einer ganz örtlichen Kaltwasserbehandlung bei einfachen örtlichen Entzündungen anzuführen. Furunkeln, Angina, Pneumonie, Pleuritis, Erysipel, Peritonitis, Perityphlitis geben Beispiele dafür ab. Auch für die diphtheritische Entzündung und die Halsdrüsenschwellung bei Scharlach liegen die günstigsten Erfolge von dieser Seite her vor. Diese Kaltwasser- oder Eisumschläge beschränken und vermindern die örtliche Entzündung und wirken zugleich mässigend auf die allgemeinen, namentlich fieberhaften Störungen ein, insofern diese Entzündung, wenn auch nicht der Wärme-Bildungsheerd, so doch die Quelle der pyrogenen Stoffe ist. Je jünger die Kinder, um so mehr ist bei diesem Verfahren die Einwirkung der Kälte zu beschränken und selbst mit einiger Aengstlichkeit zu localisiren, um so weniger bedarf man des Eises und reicht mit kaltem Wasser aus. —

Die künstliche Erhitzung der Körperoberfläche durch heisse Sand- oder Wasserbäder findet ihre Indication nur bei fieberlosen Zuständen. Zunächst ist sie von Liebermeister zur Beseitigung von allgemeiner Wassersucht angewandt und von Ziemssen in der gleichen Richtung empfohlen worden. Chronischer Morbus Brightii und Herzfehler liefern hauptsächlich die geeigneten Heilobjecte, auch Wassersucht nach chronischer Dysen-

terie und nach Trichiniasis können mit Vortheil so behandelt werden. Wendet man Wasserbäder von 38—39° Cels. oder Sandbäder von 50° und darüber an, so wird doch die Körperwärme nur um $^1/_4$—$1^1/_4$° gesteigert. Die Transspiration beträgt bei Erwachsenen während der nachfolgenden 1—2stündigen Einpackungen je $1^1/_2$—3 ℔, bei Kindern —1 Kgrm. Starke allgemeine Wassersucht liess sich z. B. bei einem 6jährigen Knaben mittelst 8 solcher Bäder beseitigen. Mit der Entlastung der Hauptcapillaren wird die Circulation geregelter und die Diurese reichlicher. Zugleich werden andere Absonderungen, z. B. die der Bronchialschleimhaut vermindert. Die rasche Eindickung des Blutes, die bewirkt wird, macht die Anhäufung von excrementitiellen Bestandtheilen in demselben wirksamer, daher die grössere Gefahr eklamptischer Anfälle. Scharlachwassersucht ist desshalb vorsichtig zu behandeln. Oertliche Wasserergüsse, z. B. Ascites bei Lebercirrhose, lassen sich, wenn die zu Grunde liegende Circulationsbehinderung nicht zu bedeutend ist, durch dieses Verfahren beseitigen. Auch abgesackte Hydropsieen sind demselben etwas zugängig, wie ich z. B. an einer Ovariencyste gezeigt habe. Mit besonderem Vergnügen habe ich einige grosse, hartnäckige Pleuraexsudate der methodischen Diaphorese weichen sehen, und es lassen sich auch sonst nicht wenige Beispiele auffinden, die zeigen, wie Producte chronischer Entzündungen, flüssige sowohl als festweiche, auf diese Weise zur Aufsaugung gebracht werden können. — Ueber den Einfluss chemisch wirkender Bäder und auf die Haut angewandter Salben sei nur erwähnt, dass die dünnere, weichere Epidermis kindlicher Hautdecken ein vergleichsweise geringes Resorptionshinderniss bildet und desshalb um so erfolgreicher für örtliche sowohl als allgemeine Arzneiwirkungen in Anspruch genommen werden kann. Bei Säuglingen wird man oft auf diesen Weg um so dringender hingewiesen, da die Verdauungsorgane die Berührung mit manchen eingreifenden Mitteln schlecht ertragen.

Hat man früher die Kehlkopfsleiden, die Bronchitis mehr gefürchtet als bei Erwachsenen, so greift man jetzt mit um so mehr Vertrauen zur Inhalationstherapie. In der That, man möchte fast glauben, dass die Enge der oberen Luftwege, wie sie die Gefahr bei Kindern steigert, auch die Wirksamkeit dieser Therapie concentrire. Zur Inhalationstherapie im engeren Sinne werden selten feste Körper verwendet (Salmiak-, Zinnober-Nebel). Gase wirken ausserordentlich stark von den Respirationsorganen aus ein, man wendet deshalb die Dämpfe von Chloroform und Aether an,

um energische Allgemeinwirkungen zu erzielen, wie sie vom Verdauungskanale aus mittelst der entsprechenden Flüssigkeiten kaum erlangt werden könnten; oder man lässt sie ihrer örtlichen Wirkungen halber anwenden, dann in öfteren Sitzungen in geringeren Mengen. So lässt man ätherische Oele auf heisses Wasser gegossen durch einen Trichter einathmen. Auf diese Weise werden sicher die feinsten Bronchien und die Alveolarwände mit betroffen. Die Wirkung zerstäubter *Flüssigkeiten* dagegen kommt am Stärksten an den oberen Luftwegen, und, wenn überhaupt, nur in sehr abgeschwächtem Maasse nach den Alveolen zu zur Geltung. Hier kommt viel auf die Construction der Inhalationsapparate an. Sollen sie gut sein, so müssen sie sicher und rasch in Gang gesetzt werden können und weder die Luftwege mit Tropfen überfluthen, noch auch zu spärlich befeuchten. Die von mir am Häufigsten angewandten Lösungen sind Kochsalz und Chlorammonium 1/2—1%, Alaun und Tannin 1/2—2%, Bromkalium 1/2%, Argent. nitric. 1/4—1/2%, Natr. bicarbon. 1/2—1 1/2%, Ferr. sesquichlor. solut. 1/2% und Kalkwasser. — Bei den Krankheiten der Luftwege haben einige Mittel sich für bestimmte Erkrankungsformen besondere Geltung erworben, so bei

Diphtheritis der oberen Luftwege	Calcaria soluta und Lithion bicarbonicum.
Frischeren Katarrhen der Athmungswege	Alumen, Tannin, Natr. chlor. und Natr. bicarbon. Ammon. hydrochlor.
Lungenblutungen	Ferr. sesquichlorat. solut.
Käsig zerfallenden Pneumonieen	Ol. salviae aether. Argent. nitricum.
Gangraena pulmon.	Ol. terebinth. Ferr. sesquichorat. Acidum carbolicum.
Pertussis	Kal. bromat., Argent. nitric.

Die mittlere Dauer einer Sitzung beträgt 1/6—1/4 Stunde, mit Pausen nach je 2—3 Athemzügen; meist genügen täglich 1—2 Sitzungen, in dringenden Fällen, z. B. bei Croup bedarf man deren bis zu 6 und 10. Auch jüngere Kinder lassen sich leicht dazu überreden, durch Vormachen verführen, äussersten Falles zwingen. Die oben erwähnten ätherischen Oele werden auf heisses Wasser gegossen (Ol. salv. 1/2, terebinth. 10—15 Tropfen) und durch einen Trichter eingeathmet.

Von den durch *Vivenot*, *Lange*, *Panum* u. A.

genauer bekannt gewordenen trefflichen Wirkungen comprimirter Luft: Verlangsamung der Athemzüge, Pulsschläge, vermehrte Kohlensäureausscheidung und Sauerstoffaufnahme, Steigerung der vitalen Capacität, Zunahme der Muskelkraft etc., hat man bei den Brustkrankheiten der Kinder noch viel zu wenig Gebrauch gemacht; für gewisse Stenosen der oberen Luftwege, chronische Katarrhe, Atelektase lässt sich ein bedeutender Erfolg sicher voraussagen. Mittelst der pneumatischen Apparate, unter denen jener von Geigel ohne Zweifel der vollkommenste ist, lässt sich auf diese Indikationen hin Einathmung verdichteter Luft und bei Emphysem und Asthma Ausathmung in verdünnte Luft auch schon im Kindesalter mit Vortheil in Gebrauch ziehen. Ueber die Inhalation nur noch zwei Bemerkungen. Wir machen weit öfter von derselben Gebrauch, als gewöhnlich angenommen wird, wenn z. B. der Hals eines kropfkranken Mädchens mit Jodlösung bestrichen wird, und dieser Stoff im Harn sich wieder findet, so ist er allein auf dem Wege der Inhalation zur Aufnahme gelangt, die von der Haut aus nicht geschieht. Wir sollten in der Kinderheilkunde das grösste Gewicht auf eine prophylaktische Inhalationstherapie verwenden. Ebenso mächtig wie die Heilwirkungen mit Arzneistoffen imprägnirter, ist die krankmachende verunreinigter Athmungsluft. Für die Schlafstube, Schulstube und das Krankenzimmer ist das von Bedeutung. Zum Schlafraume der Kinder sollte das grösste, sonnigste Zimmer des Hauses gewählt werden. Nicht allein die einzige Kammer der Armen wird für die Kinder zum Brutraume der Scrophulose oder Rachitis, auch aus geräumigen Prunkgemächern tritt der Arzt oft in ein enges, unreinliches Schlaf- und Kinderzimmer. Was das Krankenzimmer betrifft, so will ich nur erinnern an die Bemerkung von Bartels über die Häufigkeit und Bösartigkeit der Masernpneumonie in schlecht gelüfteten Krankenstuben, an die Erfahrung von Hauke, dass geringe Steigerung des Kohlensäuregehaltes der Luft die Anfälle des Keuchhustens vermehrt. Man muss einen Athmungsraum von 400—800 Cub.F. für ein Kind, von 800—1000 für einen Erwachsenen im Schlaf- oder Kinderzimmer verlangen, die Excremente baldigst beseitigen lassen, möglichst wenig Geräthe, Kleider etc. im Zimmer dulden, eine Temperatur von 19° C. im Krankenzimmer (selten niederer oder höher bestimmter Erkrankungen halber) einhalten und für häufige Lüftung sorgen. Die Wirksamkeit der Gebirgs-, See-Aufenthalte und klimatischer Cur-

orte fällt theilweise mit in den Bereich der Inhalationstherapie im weiteren Sinne herein.

Die Transfusion defibrinirten menschlichen Blutes findet ihre allgemeine Indikation dort, wo das Blutroth im Körper in ungenügender Menge vorhanden oder functionsfähig ist. Sie hat im Kindesalter bis jetzt keine günstigen Erfolge aufzuweisen und wird wohl auf hochgradige Anämie, auf Intoxication nach Art der Kohlenoxydgasvergiftung zu beschränken, höchstens noch bei einzelnen Blutkrankheiten wie Leukämie zu versuchen sein. Beim Neugeborenen wurde sie schon durch die Nabelvene gemacht.

Die subcutanen Injectionen gewähren die Erfolge 1) rascherer Resorption der angewandten Arzneistoffe und desshalb rascherer Wirkung derselben, 2) stärkerer Wirkung, weil binnen kürzerer Zeit die ganze Dose ins Blut gelangt, während von der Dose per os ein Theil der Resorption entgehen, das Ganze aber der langsamen Resorption und der bald beginnenden Ausscheidung halber nie gleichzeitig im Blute kreisen kann; 3) concentrirter örtlicher Wirkung an der Anwendungsstelle. Der ersten Anwendung dieser Methode durch A. Wood lagen nur die beiden erstgenannten Zwecke zu Grunde; die locale Wirkung narkotischer Einspritzungen auf die sensibelen Nerven wurde zuerst von Südekum (1861) unter meiner Leitung nachgewiesen. Der von Eulenburg gegen die Beweiskraft der Versuche Südekum's gemachte Einwand, dass er die Tastempfindung der correspondirenden Hautstellen nicht untersucht habe, ist unzutreffend, da er aus dem Vergleiche der umgebenden Hautstellen ein unzweideutiges Resultat erhielt. Unter allen localtherapeutischen Methoden haben die Einspritzungen unter die Haut die grösste Verbreitung gefunden. Die möglichen Nachtheile bestehen, da Morphinismus glücklicher Weise für das Kindesalter noch nicht in Betracht kommt, in 1) Injection in eine Vene, directer Aufnahme ins Blut und zu stürmischen momentanen Allgemeinwirkungen (Nussbaum) oder 2) Furunkelbildung oder Hautgangrän der Injectionsstelle. Ersteres ist ein seltener Zufall, der sich nicht vermeiden, wohl aber rückgängig machen lässt, wenn man sehr langsam einspritzt und sobald Allgemeinerscheinuugen kommen, den Stempel der Spritze zurückzieht. Die zweitgenannte Folge rührt her von trüben, sauer reagirenden oder zu concentrirten Lösungen, von Einspritzung in die Cutis statt ins subcutane Gewebe, von häufigen, zu nahe bei einander angelegten Einspritzuugen hauptsächlich aber von verunreinigter Spritze. Man soll die Spritze vor jedem

Gebrauch durch Carbollösung oder Siedehitze reinigen. Im Ganzen sind die Krankheiten, welche am Häufigsten die Anwendung subcutaner Injectionen indicirt erscheinen lassen, wie die Neuralgieen, im Kindesalter selten, ebenso die Mittel, welche sonst am Häufigsten auf diese Weise angewandt werden, im frühesten Kindesalter kaum in Gebrauch (Morphium, Atropin), da ihre Dose kaum klein genug zu bemessen wäre. Indessen kommen doch Fälle genug vor, in denen Mittel nur auf diese Weise zur Wirksamkeit gebracht werden können (Curare), oder nur so schnell genug zur Wirkung kommen. So verwendet man bei

Tetanus, Chorea, Epilepsie

Curare in ½% Lösung zu 2—6 Tropfen.

Meningitis, Peritonitis, acuten Krampfzufällen

Morph. hydrochlorat in ½% Lösung zu 2—6 Tropfen—1 Gr.

Intermittens comitata, Pyämie, Febris hectica

Chinin. hydrochlor. in 5% wässeriger Lösung zu 0,5—2 Grm. oder Chinin. purum in Aether gelöst.

bei Blutungen:

Extract. secal. cornuti Gr. 2 in Aqu. destill. Gr. 6 Glycerin Gr. 4 gelöst zu 0,5—2 Grm's.

als parasiticides und entzündungswidriges Mittel:

Acidum carbolicum in ½%—2% wässriger Lösung.

als Expectorans oder Brechmittel:

Apomorphium muriaticum 0,0005—0,001 in wässriger Lösung.

als erregendes Mittel:

Aether oder Oleum camphoratum spritzenweise.

als schweisstreibendes Mittel:

Pilocarpinum muriaticum zu 0,005—0,02.

gegen Muskellähmungen:

Strychnin. nitric. zu 0,0005—0,01.

Teleangiektasie

Ferr. sesquichlor. solut. in 50% Verdünnung zu 5—15 Tropfen.

Je jünger die Kinder, um so schlimmer können die übeln Zufälle acutester Intoxication durch Injection ins Blut und der nachfolgenden Hautgangrän sich gestalten, um so mehr wird man also den Gebrauch der Injectionen auf die dringlichsten Fälle beschränken. Zur Erzielung genauer Dosirung sind ausschliesslich Spritzen von genau 1 Grm. Flüssigkeitsgehalt zu verwenden.

Man kann den Erfolg, der später durch subcutane Injectionen bezweckt wird, für die drei ersten Lebensjahre, jedenfalls für das erste in annähernder Weise durch Klystiere erhalten. Die Form der Klystiere wählt man klein, 30—40, meist 50 Gr.; die Dose besonders bei narkotischen Stoffen um $^1/_3$—$^1/_2$ kleiner als per os. Je länger das Klystier zurückgehalten werden kann, um so vollständiger seine Wirkung, desshalb die kleine Flüssigkeitsmenge, desshalb auch möglichst behutsame Application desselben zu wünschen. Je ferner die Kinder dem Säuglingsalter rücken, um so mehr beschränkt sich die Anwendung der Klystiere auf Zwecke, die an den nächstliegenden Organen, Dickdarm, Mastdarm, Blase zu bewirken sind.

Schliesslich sei noch der Electrotherapie gedacht. Sie hat sich erst in den letzten Jahren in der Kinderpraxis mehr Bahn gebrochen; sowohl der faradische, unterbrochene, als auch der galvanische, constante Strom sind vielfach mit Vortheil verwendet worden. Der unterbrochene Strom wird, wo irgend möglich, so verwendet, dass die negative Elektrode an eine wenig sensible Hautstelle, Brustbein, Kniescheibe, die positive an die Eintrittsstelle eines Nerven in den Muskel oder auf einen grösseren Nervenstamm, auf die wohlbefeuchtete Haut aufgesetzt wird. Nur wo zwei Nerven, die zu einem Muskel gehen, oder die gleichnamigen Nerven beider Seiten gereizt werden sollen, macht man hievon eine Ausnahme. Für den constanten Strom werden mehr die Rückenmarks- oder Rückenmarksnervenströme in Anwendung gezogen. Während für den ersteren möglichst feine Elektroden gewählt werden, bedarf man hier gröberer Schwämme oder Platten. Gegenstand erfolgreicher Behandlung waren bis jetzt besonders die Asphyxie der Neugeborenen (Faradisation des N. Phrenicus), partielle Lähmungen und Krämpfe, für den constanten Strom noch chronische Exsudativprocesse an äusseren Organen. Die ersten Sitzungen haben gewöhnlich wegen der Unruhe und Widerspenstigkeit der Kinder einiges Unangenehme; im weiteren Verlaufe wird die Sache leichter und kommt in geregelten Gang.

Kinderhospitäler sind in weit grösserer Zahl nöthig, als sie bis jetzt bestehen. Die antiseptische Behandlung der Wundkrankheiten, die antifebrile der acuten inneren Krankheiten kann unter manchen Verhältnissen im Hause nicht genügend durchgeführt werden. Namentlich müssen Kinderheilanstalten auf dem Lande, in Soolbädern, an der See errichtet werden, wie deren Italien in seinen Seestationen für Scrophulöse, Oestreich in Hall vortreffliche An-

stalten besitzen. Das Victoriastift in Kreuznach ist ein günstiger Anfang derart.

V. Kindersterblichkeit.

Die mittlere Lebensdauer des Menschen schwankt in unserer Zeit zwischen 35 und 40 Jahren. Von den Geborenen sterben etwa $^1/_{10}$ im ersten Lebensmonate, bis zu einem Jahr $^1/_5$, bis zu 5 Jahren $^1/_3$. Die Gefahr zu sterben vermindert sich mit jedem Tag, von der Geburt an bis zum Ende des Kindesalters. Um das 14. Lebensjahr findet ein Stillstand, d. h. eine sehr geringe Mortalität, statt, und zugleich ein Wendepunkt, so dass von da an von Jahr zu Jahr die Sterblichkeit wieder steigt. Allenthalben werden mehr Knaben geboren als Mädchen, etwa im Verhältniss von 106 : 100 (Wappäus), in den nächsten Jahren sterben aber auch allenthalben mehr Knaben als Mädchen. Schliesslich ergibt sich fast überall einiges Ueberwiegen der weiblichen Bevölkerung unter den Erwachsenen. Eine sehr bemerkenswerthe Ausnahme macht Belgien, wo weder Krieg noch Auswanderung die Zahl der Männer lichtet, und wo neuerdings die männliche Bevölkerung etwas überwiegt. Danach kann es doch zweifelhaft erscheinen, ob der Ueberschuss der Knabengeburten durch deren grössere Sterblichkeit vollständig wieder getilgt wird. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre erreicht in verschiedenen Gegenden ein sehr ungleiches Maass; sie beträgt z. B. in einzelnen russischen Gouvernements 9, in andern 60%. Für Preussen betrug sie in den 50 Jahren von 1816—1866 = 18%, ebenso in Frankreich 1858—61 = 18%. Für die einzelnen Monate berechnete man in Belgien:

Monat.	Mortalität.	Monat.	Mortalität.
1	5,18	7	0,72
2	1,76	8	0,66
3	1,27	9	0,66
4	1,08	10	0,65
5	0,86	11	0,63
6	0,76	12	0,80
		0—12	15,03

Auf die Höhe der Kindersterblichkeit üben eine Menge von Verhältnissen Einfluss. Wenn man grosse Zahlen aus gleichen Klimaten vergleicht, so wird man finden, dass die Kindersterblichkeit sich umgekehrt verhält wie das Maass des Wohlstands und der

Bildung der Bevölkerung. Nach Casper leben in Berlin von 1000 neugeborenen Wohlhabenden nach 5 Jahren noch 943; von 1000 Armen noch 655. Aehnliche Verhältnisse hat Villermé für Paris berechnet. Uneheliche Kinder sterben in grösserer Zahl als eheliche, so in Berlin im ersten Lebensjahr von den einen 36, von den andern 20%. Zu diesem Resultat tragen bei die durchschnittlich grössere Wohlhabenheit und Sorgfalt der Eltern ehelicher Kinder und der diesen öfter gebotene Genuss der Muttermilch. Man hat vielfach durch Zahlen gezeigt, dass die Ernährung mit Mutter- oder Ammenmilch eine weit geringere Mortalität gibt, als irgend eine Art künstlicher Auffütterung. So hat Flügel 2 niederbayerische Districte, wo die Mütter meistens nicht stillen, mit 2 oberfränkischen, wo das Selbststillen durchaus üblich ist, verglichen und in ersteren 50, in letzteren 25% Mortalität für das erste Lebensjahr gefunden. Von weit geringerem Einfluss als das Nichtstillen ist zu langes Stillen, doch kann auch dieses die Sterblichkeit etwas erhöhen. Je dichter die Bevölkerung, um so mehr sind die Kinder gefährdet. Grosse Städte (etwa London ausgenommen) haben schlechtere Mortalität, so Berlin bis zum 1. Jahr 24, bis zum 3. 35, bis zum 5. 38, während die gleichen Zahlen für ganz Preussen 18, 27,4 und 30,9 betragen (Chamisso). Fabrikbevölkerungen haben grössere Sterblichkeit als ackerbauende. Für die meisten Orte gilt der Satz: je grösser die Geburtsziffer, um so grösser auch die Sterblichkeitsziffer. In kinderarmen Ehen wird mehr Sorgfalt auf die Einzelnen verwendet, und sie sind weniger gefährdet. Für jüdische Familien ist das Verhältniss etwas günstiger als für christliche. Auch die Witterung ist von Einfluss, und zwar die Hitze von ungünstigerem als die Kälte. Ihr Einfluss macht sich jedoch weniger für das Klima eines Landes, als für das Klima eines Jahres geltend. Für das erste Jahr bringen die Monate Juni, Juli und August die grösste Sterblichkeit. Nach Escherich erhöht eine Steigerung der mittleren Sommerwärme von 1° die Sterblichkeit des ersten Lebensjahres um 1,3%, von 2° um 5½%. Auch die zwangsweise Impfung hat einen Einfluss auf die Sterblichkeit der Kinder. Seit Einführung der Impfung hat sich die mittlere Lebensdauer der Menschen etwas gehoben, sie kommt aber vorzüglich dem ersten Lebensjahre zu Gute. Dass Theuerungsjahre die Zahl der Gestorbenen erhöhen und die Ueberlebenden als messbar schwächlichere Generationen zurücklassen, erklärt sich leicht.

Für das erste Lebensjahr sind vor Allem die Krankheiten der

Verdauungsorgane von nachtheiligem Einfluss. Von diesen werden aber Knaben mehr betroffen und mehr gefährdet als Mädchen. Nach dem 5. Jahr sind bei Knaben Hirn- und Nervenkrankheiten häufiger, bei Mädchen aber überwiegen nach dem 5. Jahre Krankheiten der Athmungsorgane, Scrophulose, Blutarmuth. Die acuten Infectionskrankheiten betreffen beide Geschlechter gleichmässig.

Man würde einen schweren Irrthum begehen, wenn man diese grossen Verluste an jungem Nachwuchse, die die menschliche Gesellschaft fortwährend erleidet, als Bestandtheil einer göttlichen Absterbeordnung im Sinne Süssmilch's, als feststehend und nothwendig betrachten wollte. Das ist diese erschreckend grosse Kindersterblichkeit nicht, wohl aber eines der wichtigsten Probleme für die öffentliche Gesundheitspflege. Bei uns betrachtet man derartige statistische Ergebnisse zu sehr als Gegenstand der theoretischen Forschung, während man sie in England zur Grundlage und zum Wegweiser bei grossartigen Verbesserungen der Lebensbedingungen der Bevölkerung benützt. So hat man dort in manchen Städten durch Canalisirung, Wasserleitung und ähnliche Verbesserung es dahin gebracht, die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre bedeutend herabzusetzen. Dieses Resultat war keineswegs das einzige, auch die Mortalität an Typhus, Cholera, Tuberculose sank in frappanter Weise. Die Frage der Kindersterblichkeit lässt sich nicht isolirt in Angriff nehmen, sie hängt mit der Ausbildung einer wissenschaftlichen und wirksamen öffentlichen Gesundheitspflege, wie sie in unseren Tagen, vorzüglich angeregt durch Pettenkofer, von allen Seiten her erstrebt wird, zusammen. Hebung des Wohlstandes und der Bildung der Bevölkerung, Verbesserung der Athmungsluft und des Trinkwassers in den Wohnorten, vorzüglich in grossen Städten, Befreiung des Untergrundes von Verunreinigung und Kothdurchtränkung, das sind die allgemeinen Bedingungen, die eine Verminderung der Kindersterblichkeit ermöglichen. Unter den speciellen Beziehungen, die auf die Kindersterblichkeit Einfluss haben, steht obenan das Selbststillen der Mutter. Der Arzt muss überall den Grundsatz vertreten, dass jede Mutter, die stillen kann, auch zu stillen verpflichtet ist, gleichgültig wess Standes sie ist, gleichgültig ob sie die Mittel hat, ihre eigene Pflicht durch eine Amme erfüllen zu lassen. Das Ammenwesen, derzeit ein nothwendiges Uebel, mindert die Sterblichkeit unter den Kindern der Wohlhabenden und setzt dafür die Lebensaussichten unter den Kindern der Armen nicht um ebenso viel, sondern um bedeutend mehr herab. Die Kinder

der Ammen füllen am Meisten die Stuben der Pflegefrauen, die man als »Engelmacherinnen« bezeichnet. Einen günstigen Einfluss, namentlich durch Verminderung der in Pflege zu gebenden Kinder, verspricht die Erleichterung der Eheschliessungen durch die neue Gesetzgebung. Frauen, die Kinder in Pflege nehmen, müssen einer gesetzlichen, durch Vereine unterstützten Beaufsichtigung unterworfen werden. Für grosse Städte können Milchkuranstalten sehr günstig wirken, die Milch bester Qualität erzielen und rasch an die Abnehmer abliefern.

II.

Spezieller Theil.

I. Infectionskrankheiten und allgemeine Ernährungsstörungen.

Die Benennung Infection deutet hin auf einen in den Körper gelangenden krankmachenden Stoff. Von den Vergiftungen im gewöhnlichen Sinne unterscheiden sich die Infectionskrankheiten in mehrfacher Beziehung. Eine zufriedenstellende Definition ist schwer zu geben, ich glaube sie am Ersten darin zu sehen, dass die Wirkung der Gifte im gewöhnlichen Sinne sofort beginnt, die der Träger der Infectionskrankheiten erst nach einem Zwischenraume der Ruhe, den sie in dem Körper zugebracht haben, in den sie eingewandert sind. Für viele tritt hinzu, dass ihre krankmachenden Stoffe im Körper des Menschen sich vervielfältigen, reproduciren, Eigenschaften, die nur organisirten Körpern zukommen. Beide Merkmale hängen zusammen mit der alten, oft geäusserten, jedoch noch nie direct zur Evidenz erwiesenen Anschauung von der Erzeugung der Infectionskrankheiten durch pflanzliche und thierische Keime. Will man sich das Verhältniss von Incubationsdauer und Parasitentheorie klar machen, so kann bis jetzt nur die Trichiniasis zu dieser Erklärung verwendet werden, die von Niemeyer mit Recht als bestgekannte der Infectionskrankheiten bezeichnet wird. Der Zeitraum, der eingenommen wird durch die Lösung der Kapsel, das Wachsthum der Darmtrichinen, die Entwickelung ihrer Genitalien und ihrer Brut stellt dort die Incubationsdauer dar.

Aehnlich muss man sich den Ablauf der Incubation für die übrigen Infectionskrankheiten vorstellen. Wir werden vom ätiolo-

gischen Gesichtspunkte aus folgende Gruppen der Infectionskrankheiten unterscheiden, deren einzelne Glieder wir zugleich aufzählen:

I. Gruppe.

Acute, contagiöse Allgemeininfectionen.

a. Acute Exantheme.
- Masern.
  - Rubeola.
- Scarlatina.
- Variola.
  - Varicella.
  - Vaccina.

b. Typhen.
- Typhus exanthematicus.
- Typhus abdominalis.
- Typhus recurrens.

II. Gruppe.

Acute contagiöse Schleimhautinfectionen.
- Parotitis epidemica.
- Pertussis.
- Diphtheritis.
- Dysenterie.
- Cholera asiatica.

III. Gruppe.

Acute nichtcontagiöse Allgemeininfectionen.
- Intermittens.
- Meningitis cerebrospinalis epidemica.

IV. Gruppe.

Chronische contagiöse Allgemeininfection.
- Syphilis.

I. Gruppe:

Acute, contagiöse, allgemeine Infectionskrankheiten.

Für diesen Theil der Infectionskrankheiten liegt der wichtigste Charakter in ihrer Fähigkeit, ihren Ansteckungsstoff in dem menschlichen Körper zu reproduciren. Ein Typhus-, ein Variola-Kranker kann die Menge von Infectionsstoff, die genügte, um ihn krank zu machen, hundertfach liefern. Hieran reiht sich die Fähigkeit, durch einmalige Erkrankung für alle Zukunft vor gleicher Erkrankung

zu schützen, die Eigenthümlichkeit eines in Wochenabschnitten verlaufenden Incubationsstadiums, endlich der typische Verlauf. Das Incubationsstadium beträgt für

Masern 1½ Woche (plus Prodromalstadium 2 Wochen).
Scarlatina 2 Tage bis 1½ Wochen.
Rubeola 2 Wochen.
Variola 2 Wochen.
Varicella 2 Wochen.
Typhus axanthematicus 2 Wochen.
Typhus abdominalis 2½—4 Wochen (im Mittel 3).
Recurrens ½—1½ Woche, im Mittel 1 W.

Die öfter beobachteten Schwankungen in der Dauer der Incubation können abhängen 1) von der äusseren Temperatur, ersichtlich bei den Impfpocken, namentlich jenen der Schafe, 2) von der Art der Aufnahme des Giftes. Eingeimpfte Menschenpocken hatten eine Incubation von 8—10 Tagen, natürlich übertragene 12—14. 3) Von dem Entwicklungsstadium der Krankheit, in dem die Infection erfolgt, also davon, einen wie grossen Theil seiner Entwickelungsvorgänge das Contagium bereits in dem Körper des Inficirenden durchgemacht hat. So fand Hennig bei Uebertragung von Scarlatina von der Mutter auf die Frucht 15 Tage, bei Ansteckung von Kindern nach der Abschuppung nur 2—3 Tage Incubation. 4) Das Incubations-Stadium kann abgekürzt werden durch äussere krankmachende Einflüsse, durch Erkältungen, Diätfehler. Der Abkürzung des Incubationsstadium's kann eine Verlängerung des Prodromalstadiums entsprechen. Es gehört zu den Eigenschaften einzelner dieser Krankheitsformen ein sehr dehnbares, anderer ein sehr fest begrenztes Incubationsstadium zu haben. Durch Dehnbarkeit zeichnete sich am meisten Scarlatina, nächstdem Abdominaltyphoid aus, während namentlich den Masern eine sehr constante Incubationsdauer zukommt. —

Das epidemische Auftreten ist abhängig von der Contagiosität. Wenn manche acuten Exantheme vorzüglich als Kinderkrankheiten sich zeigen, so ist der Grund einzig in dem Umstande zu suchen, dass sie unter unseren Verkehrsverhältnissen fast Jedermann schon im Kindesalter nahe rücken. Die Erfahrungen über Masern auf den Faröern und bei den Indianerstämmen Nordamerika's zeigen, dass dieselben geradesogut erwachsene Bevölkerungen durchseuchen können. Sie treten je seltener um so schwerer auf. Wenn die Typhen die meisten Menschen erst jenseits des Kindesalters erreichen,

so muss die Ursache in der Art der Ansteckung und in den Hülfsbedingungen ihrer Verbreitung gesucht werden.

Von ganz besonderem Interesse ist die Thatsache, dass die krankmachende Ursache bei den meisten derselben, z. B. Variola, Scarlatinaa und Typhus, die Capillarwände der Placenta durchdringen kann. Weiss man noch ferner, dass das betreffende Contagium die Mutter gesund lassen und den Fötus krank machen kann (Bouchut u. A.), so ergibt sich daraus, dass nicht etwa, wie man es besonders für den Typh. abdomin. vermuthen könnte, ein Verschluss der Atria virus durch Narben oder andere Nachwirkungen der ersten Erkrankung, sondern eine wirkliche Immunität des mütterlichen Körpers der Grund für den Schutz der einmaligen Erkrankung ist. Eine Erklärung für diese ganz eigenthümliche Erscheinung ist bis jetzt überhaupt nicht zu geben. Man kann vergleichsweise daran erinnern, dass Cultur von Fadenpilzen auf demselben Nährboden nicht leicht zweimal gelingt. Auf dieser Thatsache der Immunität nach einmaligem Erkranken beruht in letzter Instanz unsere ganze Impflehre. Die Lücken und Ausnahmen dieses Gesetzes ermöglichen die zweimaligen und öfteren Erkrankungen an diesen Infectionen.

Das gleichzeitige Vorkommen mehrerer acuter Exantheme an einem und demselben Kinde scheint genügend erwiesen, wenn es auch seltener vorkommt, als man einer annähernden Wahrscheinlichkeitsrechnung nach vermuthen sollte. Oefter folgen sich zwei dieser Krankheiten so, dass man die Ansteckung mit der zweiten in die Mitte oder an das Ende der Incubation der ersten verlegen muss. Nach Thomas sind folgende Combinationen bis jetzt constatirt:

Masern und Scharlach.
Scharlach und Masern.
Masern und Pocken.
Pocken und Masern.
Scharlach und Pocken.
Masern und Varicellen.
Varicellen und Masern.
Scharlach und Varicellen.
Varicellen und Scharlach.

Für die schweren Fälle dieser Krankheiten sind einige übereinstimmende pathologisch-anatomische Befunde erhoben worden, so lymphatische Neubildungen oder sog. Lymphome an Pleura, Leber, Milz, Niere, Darm bei Typhus, Scarlatina, Mor-

billi, Variola (Wagner, Friedrich, Biermer, Beckmann u. A.), so nach abnorm längerer Einwirkung hoher Temperaturen acute Fettentartung der Leber, des Herzens, der Muskeln, der Nieren (Buhl, Liebermeister, Sick), und damit zusammentreffend das Auftreten vielfacher punktförmiger oder auch etwas grösserer Blutergüsse in das subseröse Gewebe der Pleura, des Perikards, des Peritoneums, in die Muskeln, nicht selten auch in die obersten Schichten der Cutis. Specielle Verhältnisse dieser einzelnen Krankheiten spielen hier mit. Beim Typhus exanthematicus sind diese Extravasate an der Haut in den etwas schwereren Fällen Regel und haben selbst der Krankheit einen ihrer Namen (T. exanthematicus) verliehen, im Typhoid (Ileothphus) treten sie seltener und dann überwiegend in den Muskeln und etwa noch an der Pleura auf, in den acuten Exanthemen im engeren Sinne eilen sie bald schon im Vorläuferstadium dem Exanthem voraus, bald mischen sie sich demselben erst später bei, oft erfolgen gleichzeitig Blutungen oder blutig-schleimige Absonderung aus einzelnen Schleimhautbezirken; stets ist, wenn diese Blutungen äusserlich sichtbar werden, die Temperatur hoch (über 40½°), die Function der Nervencentralorgane schwer gestört, ein typhöser Zustand vorhanden.

Einen anderen anatomischen Befund stehe ich gleichfalls nicht an, wenigstens theilweise als Fieberwirkung anzusehen, nämlich den Milztumor. Besondere Ursachen wirken bei manchen acuten Krankheiten, z. B. dem biliösen Typhoid, manchen Typhen, dem Wechselfieber noch dazu mit, die Milzschwellung zu einem besonderen Umfange gedeihen zu machen und besondere histologische Veränderungen in der Milz zu Wege zu bringen, allein für die meisten derselben müssen Höhe und Dauer des Fiebers als Grund der Milzanschwellung gelten. Sie erfolgt zudem um so schneller und bedeutender, je steiler und höher der Anfang der Temperaturcurve. Man wird desshalb bei exanthematischem Typhus oder Variola die Milzschwellung viel früher nachweisen können als bei Typhoid. Sie ist Anfangs einfach hyperämisch und wird erst später hyperplastisch.

Wenn man den letzten Grund dieser Krankheiten schon lange, gestützt auf deren Reproductionsfähigkeit, im Eindringen parasitischer Keime in den menschlichen Körper suchte, so scheint es nach den Untersuchungen von Hallier, Salisbury, Klebs, Hüter, Cohnheim u. A., als ob diese Ahnung in unseren Tagen zur Anschauung und Gewissheit werden solle. Kleinste Formen pflanzlicher Keime (Mikrococcus) sollten sich zahllos im Blute finden

und durch Cultur zum Keimen und zum Uebergange in bekannte Pilzformen gebracht werden können. Der Nachweis hat jedoch noch nicht geliefert werden können, dass durch Einbringen der Sporen dieser Pilze in das Blut die betreffenden Krankheiten erzeugt werden könnten, oder vielmehr der Versuch, ihn zu liefern, ist stets missglückt. Die grösste Vorsicht in Verwerthung dieser Entdeckungen ist daher nöthig und zunächst ihre Controle durch weitere botanische Untersuchungen abzuwarten. Neuerdings werden jene kleinsten Organismen als besondere Klasse der Pilze Spaltpilze, Schizomyceten betrachtet. Nach der strengen Definition von Nägeli gehören nur punktförmige Gebilde dazu, nicht auch lineäre. Für die Lymphe von Variola und Vaccina ist durch Zürn, Hallier, Köber und Cohn die Anwesenheit zahlreicher pflanzlicher Zellen (Schizomyceten) sicher erwiesen.

Für Febris recurrens darf der Nachweis eines pflanzlichen Krankheitsstoffes in Form der von Obermeier entdeckten Spirilla-Fäden als gesichert angesehen werden.

Die botanischen Forschungen über Spaltpilze sind bis jetzt leider für die Medicin wenig fruchtbringend gewesen. Gegen die der Medicin gewidmeten Consequenzen der epochemachenden Forschungen Nägeli's kann ich schwere Bedenken nicht unterdrücken, namentlich in 3 Punkten. 1) Die mehrtausendjährige Geschichte der Pocken, der Recurrens, der Parotitis epid. spricht im Verein mit deren ausschliesslich contagiöser Fortpflanzung absolut gegen die Annahme, dass solche Spaltpilze ihre Ursache seien, welche in jedem Augenblicke in andere Formen sich umwandeln und aus anderen Formen entstehen können. 2) Die Annahme, dass Spaltpilze die Wände des Verdauungskanales nicht durchdringen könnten, muss unrichtig sein oder es könnten zum mindesten Milzbrand (Epidemie von Plauen) und Typhoid (Epidemie von Kloten) nicht auf Spaltpilzen berühren. 3) Dass septische Pilze nur schädlich seien, wenn sie von grösseren Wunden aus eindringen, steht mit mancher traurigen persönlichen Erfahrung der Chirurgen in Widerspruch. —

Die ganze aus den Nägelischen Schlüssen sich ergebende Hygieine der Unreinlichkeit widerstrebt nicht nur dem angeblich irrig entwickelten menschlichen Geruchsorgan, sondern auch wohlbegründeten medicinischen Erfahrungen. Die Lehre von der erleichterten Verbreitung der pflanzlichen Contagien in ausgetrocknetem zerstäubendem Zustande scheint mir dagegen ganz wesentlich unser Verständniss der Aetiologie der Infectionskrankheiten zu fördern.

Von den meisten dieser Erkrankungen sind Diminutivformen bekannt. Man kann dieselben in folgendes Schema bringen:

Morbilli:	Rubeola morbillosa.
Scarlatina:	Rubeola scarlatinosa (?).

Variola:	Variolois. Varicella. Vaccina.
Typhus exanthematicus:	Febricula typh. exanthemat.
Typhoid (Ileotyphus):	Febricula typh. abdominalis.

Das Verhältniss derselben zu den Hauptformen ist ein verschiedenes. Die Abortivtyphen stellen leichteste Formen derselben Krankheit dar, die darum Beachtung verdienen, weil sie in manchen Epidemieen überwiegen, und weil ihre Kenntniss nöthig ist, um die Verbreitungsweise der Hauptformen zu verstehen und zu verfolgen; sie schützen gegen Wiedererkrankung an Typhus. Rubeola morbillosa und Varicella gewähren einen solchen Schutz gegen Morbilli und Variola nicht, wenn sie auch sonst in den verschiedensten Beziehungen mit den betreffenden Hauptkrankheiten übereinstimmen. Von den beiden anderen Nebenformen der Variola stellt Variolois eine ähnliche Diminutivform vor, wie die Febricula des Typhus, sie gibt Schutz gegen die Variola, sie ist durch ein bekanntes Moment abgeschwächt, durch die Schutzkraft der Impfung, deren Product, Vaccina, die dritte Nebenform der Variola darstellt. —

Jede dieser Krankheitsformen liefert drei grosse Symptomengruppen: die Fiebererscheinungen, die Hautveränderungen und die inneren Erkrankungen. Für die Hauptformen haben die Fiebercurven einen bestimmten Typhus, der ein charakteristischer und specifischer ist. Unter diesen ist die Scarlatina am Wenigsten sicher ausgezeichnet. Für die Nebenformen finden sich wenigstens Andeutungen eines solchen Typus, für Variolois eine beweisende Form.

Die Hauterkrankung erscheint im Mittel um den 3. Tag der Krankheit bei: Variola, Morbilli, Scarlatina, Typhus, Variolois, um den 6.—9. bei Typhoid, am 1. oder 2. bei Rubeola, Varicella. W. Jenner gibt an, die Eruption geschehe im Mittel bei Scharlach am 2. Tage, bei Pocken am 3., Masern am 4., Typhus am 5. und Typhoid am 8. Tage. Die Eintheilung des ganzen Verlaufes kann für diese gesammten Erkrankungen nach dem Fieberverlaufe gemacht werden; man unterscheidet dann 1) die Periode des andauernden oder steigenden Fiebers, 2) die der Entfieberung, 3) die fieberlose Beendigung des Krankheitsverlaufes. In ersterer hat man besonders zu beachten die Art der Ascension der Curve, die Akme derselben und die dazwischen liegenden Remissionen. In die fieberlose Zeit fallen öfters Relapse des Fiebers oder Recidiven der Krank-

heiten. Für die drei acuten Exantheme, Rubeola und Varicella hat man meist die Veränderungen der Haut zum Maassstabe der Eintheilung genommen. Dabei wird unterschieden ausser dem Stadium incubationis, das der Vorläufer bis zum Beginne der Hauterkrankung, von da an bis zu deren völliger Ausbreitung das Stadium der Eruption, während des Bestandes des völlig entwickelten Hautausschlages bis zu seinem Rückgange ein Stadium der Florition, endlich das der Reparationsvorgänge an der Haut: Stadium der Desquamation oder Decrustation genannt. Eine ähnliche Eintheilung liesse sich mit einiger Gewalt auch noch für den Typhus exanthematicus durchführen, allein der Gang des Fiebers gibt dort noch andere wichtigere Anhaltspunkte zur Bestimmung der Stadien. Beim Typhoid tritt die Hauterkrankung am Spätesten, Spärlichsten und Unregelmässigsten auf. Die inneren Erkrankungen haben eine constante Localisation: bei den Masern als katarrhalische Entzündung an der Respirationsschleimhaut, bei Scharlach an den Nieren und den Rachenorganen, beim Typhoid an den solitären und agminirten Follikeln des Ileums, sie treten dagegen zerstreut an verschiedenen Organen und in verschiedenen eitrigen, croupösen, parenchymatösen Entzündungsformen auf bei Variola und bei Typhus.

Zweimaliger Ausbruch derselben Krankheit kann in dreierlei Weise vorkommen: 1) Duplicirte Infection: derselbe Hautausschlag macht nach wenigen Tagen seine Eruption zum 2ten male, meist mit merklichem Einflusse auf den Fieberverlauf. Hier kann man annehmen, dass, ehe die Schutzkraft der ersten Infection erlangt war, eine zweite haftete in den ersten Tagen der Incubation. 2) Dieselbe Krankheit wird nach längerer Zeit wieder erzeugt durch neue Infection und macht ihren ganzen Verlauf wieder durch. Die erste Erkrankung hat keine Schutzkraft geübt, oder dieselbe ist im Laufe der Jahre erloschen (Variola). Bisweilen kommt sie aus unbekannten individuellen Gründen überhaupt nie zu Stande (Varicella, Vaccina, Morbilli). 3) Eine zweite Erkrankung mit leichtem Verlauf, bisweilen nur partieller Eruption, kommt während oder kurz nach der Reconvalescenz zum Ausbruche, jedenfalls nicht später nach dem Ende der ersten Erkrankung als deren ganzer Verlauf incl. Incubation an Zeit umfasste. Diese Recurrens-ähnliche Form (Trojanowski) kommt bei sämmtlichen Arten dieser Krankheitsgruppe freilich mit geringer Häufigkeit vor. In manchen Epidemieen (Masern, Typhoid) findet sie sich mit vor-

wiegender Häufigkeit, namentlich nach abortiv leichter erster Krankheitsform. Man kann sich vorstellen, dass die Durchsuchung des Körpers unvollständig ausfiel, so dass derselbe Krankheitskeim nochmals in ihm wirksam werden konnte.

Eine prophylaktische Behandlung, die eingreifende Resultate liefert, besitzt man bis jetzt nur für eine dieser Erkrankungen, die Pocken, in der Impfung. Nur dieser einen haben bis jetzt die Staaten einige Fürsorge zugewendet; sie ist allerdings die verheerendste unter denselben gewesen. Dennoch ist die Einführung beschränkender Maassregeln gegen die übrigen nicht minder wünschenswerth und wichtig. Zur Aufnahme der Kranken, die von den hier besprochenen Leiden betroffen worden, sind in allen Hospitälern, vorzüglich aber in Kinderhospitälern streng insolirte Räume nöthig, die am Besten in getrennt stehenden, eigens zu diesem Zwecke errichteten Gebäuden (Isolirhäusern) gewährt werden. Es ist unverantwortlich, wenn man Scharlach-, Fleckfieber- oder gar Pocken-Kranke mitunter noch in grossen Hospitälern mitten unter anderen Kranken unterbringt, die geringfügiger Uebel halber oder mit chronischen, sich jahrelang gleichbleibenden Gebrechen hereingebracht, so einer neuen nicht selten tödtlichen Erkrankung ausgesetzt werden. Solche Isoliranstalten müssen eigenes Wartpersonal und einen eigenen Arzt erhalten, — wo die Kleinheit der Verhältnisse Letzteres nicht gestattet, bei der ärztlichen Visite zuletzt besucht werden. Auch in der Privatpraxis müssen derartige Kranke isolirt werden und zwar besonders streng bei bösartigen Formen der betreffenden Krankheiten und von Hause aus kränklichen Persönlichkeiten gegenüber. Eine einzige Ausnahme gestatten vielleicht die Masern, die fast Niemanden im Laufe des Lebens verschonen und desshalb in entschieden gutartigen Epidemieen von zuvor ganz gesunden Kindern eher aufgesucht als gemieden werden dürfen.

Eine bestimmt wirksame Behandlungsweise besitzt man nur für den Typhus und das Typhoid. Es ist dies die von Brandt zuerst mit genauer Angabe einer richtigen Methode eingeführte Kaltwasserbehandlung. Auch sie ist nur eine symptomatische, gegen die Gefahren des Fiebers gerichtete. Ueberall bei den Infectionskrankheiten anwendbar, wo diese Gefahren des Fiebers hervortreten, tritt sie wichtigeren Indicationen gegenüber stets zurück, die sich auf andere drohendere Symptome beziehen. Wirkliche Antidote fehlen, die ganze Behandlung ist d. Z. symptomatisch.

I. Masern, Morbilli, Rougeole, Measles.

Heyfelder: Studien im Gebiete der Heilwissenschaft. Bd. II.
A. Mayer: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Virchow, Bd. III. p. 81 u. f.
H. Ziemmsen und P. Krabler: Klinische Beobachtungen über die Masern und ihre Complicationen mit besonderer Berücksichtigung der Temperaturverhältnisse. Danzig 1863.
A. Monti: Beiträge zur Pathologie der Masern. Jahrb. f. Kinderheilkunde und phys. Erz. 1864. VII. 1. p. 52 und N. F. II. p. 77.
A. Monti: Beitr. z. Thermometrie der Masern. VII. 4. p. 21.
Pfeilsticker: Beitr. z. Path. der Masern. Diss. Tüb. 1863.
L. Thomas: Beitr. z. Kenntniss d. Masern. Arch. d. Heilk. VIII. p. 385.
Steiner: Morbilli bullosi s. pemphigoidei. Jahrb. f. Kdrhlkde. Bd. III. S. 348.
P. Jansen: Beobachtungen über Masern. Diss. Würzb. 77.

Fig. 3.



Maserncurve eines 6jährigen Mädchens. Fieberhaftes Ende der Incubation. Unterbrochene Krise vom 5.—7. Tage, subnormale Temperatur am ersten Morgen nach der Krise.

Vom Momente der Ansteckung bis zum Ausbruche der ersten auffälligen Krankheitserscheinungen verfliesst ein Zeitraum von 10 bis 8 bis 13 Tagen. Dieses Incubationsstadium ist nicht stets vollständig frei von pathologischen Zeichen. Thomas hat gezeigt, dass zu Anfang desselben ephemere hohe Temperatursteigerungen, gegen Ende leichtere von ½—1° bei manchen Kranken, besonders im Zusammenhang mit katarrhalischen Störungen sich einstellen.

Das prodromale oder einfach febrile Stadium der

Krankheit mit jenem der Incubation zusammen füllt ziemlich genau 13 Tage aus. Seine Dauer ist ungemein wechselnd, im Mittel 4 Tage betragend, meistens 3—5 T., jedoch von wenigen Stunden bis zu 10 Tagen möglicher Weise ausgedehnt. Sein Beginn ist selten durch einen Frost markirt, stets durch hohe Temperatursteigerung und starken Schnupfen. Während die Körperwärme 39° ziemlich constant in den ersten beiden Tagen erreicht und übersteigt, und die gewöhnlichen subjectiven Beschwerden Kopfweh, Mattigkeit, Durststeigerung, Appetitlosigkeit sich anreihen, wird doch das Krankheitsgefühl bei Vielen nicht so mächtig, dass sie das Bett aufsuchten.

Das Exanthem kommt im dritten Stadium an Wangen und Schläfengegend zuerst zum Vorscheine, wenigstens was die äussere Haut betrifft. Es wird bisweilen eingeleitet durch flüchtige, fleckige Röthe verschiedener Hautstellen, häufiger durch punktförmige Röthe und eben sicht- und fühlbare Schwellung der Haarbalgmündungen des Gesichtes oder der Bauchgegend. Die einzelnen Punkte im Gesichte vergrössern sich rasch und fliessen zu zackigen, scharfbegrenzten Formen zusammen, die sich nach und nach mehr abrunden und die Grösse einer Linse bis eines Nagelgliedes erreichen, vielfach mit ihren Rändern confluiren, aber auch dann noch scharf begrenzte freie Hautstellen zwischen sich lassen, von denen aus die Schwellung der Ränder der Masernflecke leicht erkenntlich wird, und die düster bläulich-rothe Färbung der Masernflecke deutlich hervortritt. Die Gesichtshaut im Ganzen erfährt eine leichte Schwellung, die stärker hervortritt an den Rändern der katarrhalisch erkrankten Schleimhäute, also der Lider, der Nase und der Lippen. Von da verbreitet sich binnen ½—2 Tagen der Hautausschlag über Hals, Stamm und Extremitäten so, dass zur Zeit des Erkrankens der letzten Theile der unteren Extremitäten der Ausschlag im Gesichte noch in voller Blüthe steht. Die Röthe desselben wird in den nächsten Tagen düsterer, lässt, während sie Anfangs ganz zum Verschwinden gebracht werden konnte durch Fingerdruck, später einen gelblichen Fleck zurück, wird dann bräunlich und verblasst mit Hinterlassung gelblicher Flecke, die bald auch verschwinden.

Dann folgt als Schluss und Folge der Veränderungen an der Haut die Abschuppung, die besonders am Gesichte und den faltigen Stellen des Körpers reichlich, kleienförmig erfolgt und etwa 14 Tage nach der Eruption zu Ende geht. Sie ist durch die Kleinheit der Schuppen, entsprechend der Kleinheit der einzelnen ma-

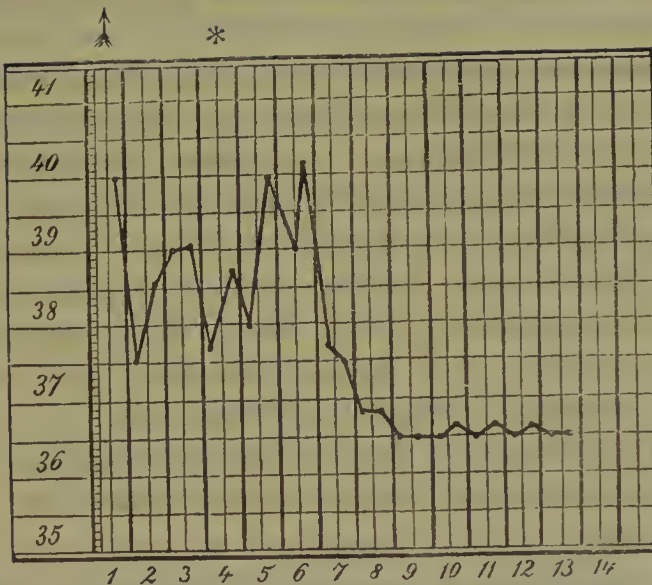
culopapulösen Hauterkrankungsstellen und der Unebenheit derselben, ausgezeichnet.

Das Exanthem kann lichter stehen oder überall stark zusammenfliessen, mit Bläschen untermengt sein, oder in schweren Fällen von punktförmigen Extravasaten durchsetzt sein (Morbilli discreti, conferti, vesiculosi, haemorrhagici). Es ist unrichtig, darauf besondere Unterscheidung zu gründen. Auch der selbstständige Werth der blutigen Form wird dadurch vermindert, dass sie Folge abnorm hoher Temperatursteigerungen sein kann. Mit der Hauterkrankung hängt eine verbreitete aber geringe Schwellung aller oberflächlich gelagerten Lymphdrüsen zusammen. Morbillen mit gleichzeitiger Blasenbildung hat Steiner und zwar bei 4 Geschwistern beobachtet.

Die Verhältnisse der Körperwärme sind durch Wunderlich und seine Schüler, besonders Thomas, anderseits durch Ziemssen näher bekannt geworden. Man hat auf das Verhalten derselben die ganze Eintheilung des Masernverlaufes gründen wollen. Mich hält hievon der Umstand ab, dass die ganze Chronologie der Krankheit nach dem Incubationsgesetze von Panum unsicher wird, sobald man das Exanthem als Marke im Krankheitsverlaufe zu benützen aufhört. Die Unterscheidung des ausbrechenden und des zur vollen Entwickelung gekommenen Hautausschlages (St. eruptionis et floritionis) habe ich freilich mir am Krankenbette nie klar machen können und bin ich auch gerne bereit aufzugeben, das oben besprochene Prodromalstadium aber, glaube ich, wird man eher, wenn man es rationell benennen will, als febrilen Theil der Incubation, wie als anexanthematischen des febrilen Verlaufes bezeichnen dürfen.

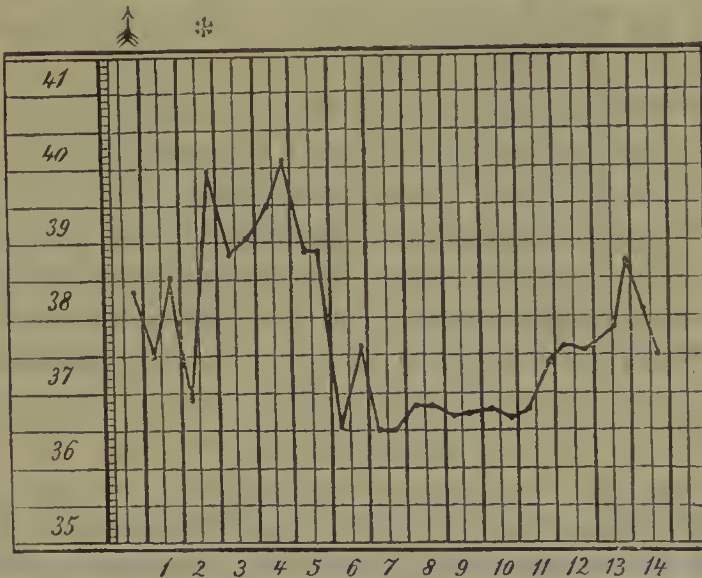
Der Temperaturverlauf der Masern charakterisirt die Krankheit, deren Schwere und normale oder complicirte Ablaufsweise in sehr bestimmter Art. Mit dem Beginne des Prodromalstadiums steigt die Körperwärme auf ein erstes, binnen 12—24 St. erreichtes Maximum, das in den wenigsten Fällen bereits die höchste Temperatur des Verlaufes darstellt. In der Regel folgt bald eine Remission bis nahe an Normal, von wo ein gleichmässiges oder meist durch Morgenremissionen erleichtertes Ansteigen der Körperwärme bis zu dem zweiten, meist 40 oder etwas mehr oder weniger betragenden Maximum stattfindet. Dieses fällt bald mit der stärksten Entwickelung des Exanthems, bald mit der Eruption zusammen, meist in die nächste Zeit (1—2 Tage) nach der Eruption. Die nun beginnende Defervescenz fällt daher meist in die Gegend des 5. Tages, schwankt jedoch zwischen dem 2. und 7. Sie voll-

Fig. 4.



Masercurve eines 17jähr. Mädchens, Frost im Beginne starke Remmission am 2. Tage, Akme am 6., von da an Krise. Eruption nach 3 Tagen.

Fig. 5.



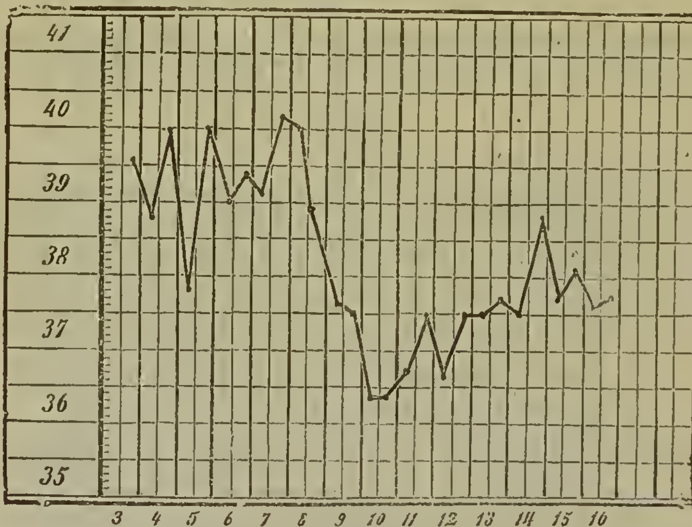
Masern eines 11jähr. Mädchens. Der Pfeil deutet den Beginn mit Frost, der Stern die Eruption an. Fieberhaftes Ende des Incubationsstadiums, Krise unmittelbar nach der Akme am 5. Tage. Bronchopneumonie vom 11. Tage an.

zieht sich meist in Form einer completen Krise, wird in weniger als 24 Stunden beendet, führt vorübergehend zu subnormalen Temperaturen, erfährt keine Unterbrechungen des Temperaturabfalles, ist häufiger als mit reichlicher Schweiss- oder Urin-Absonderung mit spontaner wässeriger Diarrhoe verbunden.

Andere Fiebertypen der Masern sind a) für den Beginn: Langsames Ansteigen der Wärme von Normal zu dem gesetzmässigen Maximum, fast continuirliche Höhe der Wärme vom ersten bis zum zweiten Maximum; b) für die Defervescenz: Unterbrochene, incomplete Krise, zwischen die ein neues Ansteigen oder zeitweises Gleichhochbleiben derselben verzögernd eingeschoben ist, oder langsames 3—5tägiges Fallen mit Abendexacerbation — Lysis. — Complicationen, wie Pneumonie, Diphtheritis können anomal hohe Temperaturen zu verschiedenen Zeiten des Verlaufes hervorrufen oder anomal lang erhalten. Auf das Exanthem übt ihr Eintritt häufig einen verwischenden, verlöschenden Einfluss aus.

An den Schleimhäuten beginnt Hyperämie und vermehrte Secretion bisweilen schon vor dem Eintritte des Prodromal-

Fig. 6.



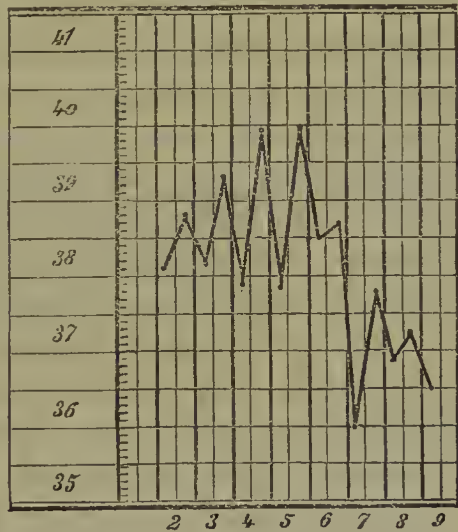
Curve eines 15jähr. Mädchens mit Masern. Schwester von Nr. 4—7, fieberhafte Bronchitis als Nachkrankheit.

stadiums, jedenfalls mit demselben. Die Bindehaut des Auges, die Mund- und Nasenschleimhaut schwellen und werden stärker geröthet. Thränen der Augen, Lichtscheu, Niesen, bisweilen Nasenbluten, bellender Husten, Heiserkeit, leichte Schlingbeschwerden schliessen sich daran an. Etwa einen Tag vor der Eruption an der Haut bilden sich weissliche Zahnfleischbelege, aus losgestossenen Epithelien bestehend (Rinecker). Von da an ist an der Mund-, Rachen-, Kehlkopfs- und Luftröhren-Schleimhaut dieselbe fleckige Röthung und gruppirte Follikelschwellung wie an der äusseren Haut wahrzunehmen, nur des rothen Untergrundes halber verwaschener.

Die Erkrankungsstellen sind hie und da mit Blutpunkten und weissen erhabenen Tupfen, von Secretanhäufung in Follikeln herrührend, durchsetzt. Der Masernprocess trifft die erwähnten Schleimhäute mit und kommt an denselben einen Tag früher zum Vorscheine, als an der äusseren Haut.

Man kann dies besonders deutlich am Larynx sehen. Hier zunächst kommt es, wie Rilliet und Barthez anatomisch nachwiesen, häufig zur Bildung von seichten Geschwüren. Ich habe dieselben laryngoskopisch besonders an der hinteren Wand nachweisen können. Sie entstehen durch Quetschung und Reibung der sehr vulnerabeln Schleimhaut bei Gelegenheit der häufigen Hustbewegungen.

Fig. 7.



Leichte uncomplicirte Masernerkrankung mit typhusähnlichem Beginn der Curve.

Der Katarrh, Anfangs wenig secernirend, erstreckt sich bis auf die feineren Bronchien. In dem Maasse, in dem die Absonderung steigt, sammelt sich in den nach Rückwärts führenden und besonders den unteren Bronchien Schleim an. Dieses Moment und der erhöhte Druck bei den Hustbewegungen überwindet den geringen Widerstand der entzündlich gelähmten Bronchialmusculatur und bringt acute Bronchiektasieen zu Stande, meist zylindrischer oder spindelförmiger Art. Hinter den völlig schleimgefüllten Stellen der Bronchien wird die Luft resorbirt und tritt das Lungengewebe in den Zustand der Atelektase. Der häufige Husten, der schleimige Auswurf, Anfangs ohne Veränderungen in den physikalischen Zeichen an der Brust, entsprechen diesen Processen. Später tritt ein 2—3″ breiter Streif gedämpften Percussionsschalles hinzu, der meist beiderseitig oder einseitig stärker, von der Basis hinten sich nach oben verbreitet. Zahlreiche Rasselgeräusche in der Umgebung, abgeschwächtes Vesiculärathmen an der Stelle der Dämpfung, dem Stande der Masernerkrankung entsprechende meist schon fieberlose Temperatur, sichtliche Einziehungen der Brustwand längs der Diaphragmainsertion kennzeichnen die Atelektase. Man darf das Vorkommen kleinerer atelektatischer Stellen fast noch zu den normalen Consequenzen der Masernerkrankung rechnen.

Ausgebreitete diagnosticirbare Atelektasen gehören bereits unter die Complicationen und führen deren noch weitere herbei, die bronchiopneumonischen Processe, deren Entstehungsweise durch Bartels und Ziemssen genauer kennen gelehrt wurde. Dieselben treten innerhalb des atelektatischen Streifes als braunrothe derbere Körner auf, die in ihrer Mitte einen erweiterten, mit gelbem eingedicktem Secrete gefüllten Bronchus erkennen lassen. Der Inhalt desselben besteht aus Flimmerepithel, Schleim- und Eiterzellen, fettig sich trübenden Epithelien. Die einzelnen Körner fliessen später zu grösseren Heerden zusammen, die den grössten Theil des sich immer mehr vergrössernden und nach oben ausbreitenden atelektatischen Streifes einnehmen können. Sie entwickeln sich in acuter oder mehr chronischer Weise, zeigen in ersterem Falle oft einen sehr kurzen Verlauf bis zum Eintritte der Resolution oder der durch sich ausdehnende Atelektase, zunehmenden Katarrh und baldige Kohlensäureintoxication eintretenden lethalen Wendung. Die physikalischen Zeichen sind die des Katarrhes, späterhin der umfänglichen Verdichtung der Lunge; die Temperatur ist in den acuten Formen beträchtlich, in den chronischen wenigstens etwas erhöht. Der Verlauf der letzteren führt oft zur reichlichen Bindegewebsneubildung, zur Verkäsung des Infiltrats, zur chronischen Pneumonie und Bronchieektasie.

Andere Complicationen an den Respirationsorganen sind noch: Aechte Pneumonie, Pleuritis, Keuchhusten, der freilich öfter als Nachkrankheit auftritt, Laryngostenosen, bald auf intensiven acuten Katarrhen, bald auf Croup beruhend; an anderen Organen finden sich öfter: Einfache oder croupöse Entzündung der Mandeln, Magendarmkatarrhe, bis zu dysenterischen Zuständen sich steigernd, Augen-, Nasen-, Ohrenkatarrhe, die eine gewisse Heftigkeit und Selbständigkeit erreichen, Endokarditis, parenchymatöse Nephritis. Säuglinge sind namentlich von eklamptischen Anfällen bedroht.

Unter den zahlreichen Nachkrankheiten hätten wir die meisten Complicationen nochmals zu erwähnen. Die Ausgänge chronischer Pneumonieen laufen oft noch ab, nachdem der Masernprocess selbst längst erloschen ist. Durch bronchiektatische Vorgänge oder käsigen Zerfall entwickeln sich jetzt Höhlen, zumal in den oberen Lappen. Auf die Bildung käsiger Heerde folgt häufig die Tuberculose, besonders in Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose. Auf sehr viele Masernepidemieen folgen solche des Keuchhustens und treffen, wenn auch nicht mit sehr genauer

Auswahl, so doch im Ganzen dieselben Individuen. Es scheint ein für jetzt noch unerklärter näherer Zusammenhang zwischen beiden Krankheitsformen zu bestehen. An den Sinnesorganen dauern Bindehaut- und Hornhautentzündung mit Pustelbildung und starker Lichtscheu, Ohrenkrankheiten, Koryza oft lange an. Seltener bleiben Neuralgieen, Klappenfehler, Morbus Brightii längere Zeit zurück.

Die Ohrenkrankheiten nach Masern, nach Schwartze 3% der Ohrenkranken betreffend, treten meist erst während oder nach der Desquamation ein, stellen sich dar als eitrige Entzündung der Paukenhöhle, als vom Rachen durch die Tuba fortgeleiteter Katarrh derselben, endlich als Otitis externa diffusa.

Mit Masern verwechselt werden hauptsächlich: Roseolaformen (Ros. balsamica, aestivalis), Urticaria, sofern sie unvollständig entwickelt oder schon im Abblassen begriffen ist, Typhus exanthematicus, Prodromal-Exanthem der Pocken, fleckige Hauterkrankungen der Syphilitischen, Scarlatina. Die Verwechselungen treten um so leichter ein, je mehr man die Veränderungen der Haut mit Vorliebe ins Auge fasst. Eine gewissenhafte Berücksichtigung aller Erscheinungen, namentlich auch des Temperaturganges, der Schleimhauterkrankungen, der Aetiologie wird meist vor Verwechselungen schützen. Schon im Prodromalstadium ist der meist remittirende Gang des Fiebers, das gleichzeitige Auftreten von Nasen-, Augen- und Rachenkatarrh, der bellende Husten, die vor der Eruption erscheinende fleckige Röthe der Mundschleimhaut von Werth. Fieberhafte Urticaria macht einzelne Fröste mit baldiger Entfieberung, starkes Jucken, flüchtiges wenn auch wiederkehrendes Exanthem, keinen Nasen- oder Bronchialkatarrh. Auch für die Roseola-Formen gibt den Hauptunterschied ihr fieberloser oder schwach fieberhafter Verlauf, der localere Charakter der Hautkrankheit, der milde, rasche Gang dieser selbst. Die Roseola syphilitica freilich steht unter allen Krankheiten dem Masernexanthem am Nächsten und gewinnt bei prodromalem Fieber noch mehr an Aehnlichkeit. Man muss dann die Syphilis constatiren und durch die Kürze und Leichtigkeit des Fiebers, das spätere Befallenwerden des Gesichtes, das Stehenbleiben der Flecken, die Umwandlung derselben in andere Formen (Papeln, Schuppen etc.) die Unterscheidung treffen. Von Scarlatina, Typhus und Rubeola später.

Das Gift, das die Masern erzeugt, gehört zu den allerwirksamsten. Mit Ausnahme von Säuglingen unter 6 Monaten und einzelner ganz individueller seltener Ausnahmen sind alle Menschen

demselben gleich zugänglich. Die Masse des erkrankungsfähigen Materials, d. h. der Menschen, die noch nicht durchmasert sind, entscheidet, wenn das Contagium irgendwo eingeschleppt wird, über die Ausdehnung der Epidemie. Seltene Epidemieen fallen daher grösser aus als häufige; sie scheinen auch bösartiger zu sein. Die stärkste Ansteckungsfähigkeit ist zur Zeit der Prodromi und schon etwas vorher am Ende der Incubation vorhanden. Besonders oft wird gerade dieses Exanthem von noch anscheinend Gesunden aus über die Jugend ganzer Schulen verbreitet. Bei uns sind die Masern Kinderkrankheit, weil vermöge unserer Verkehrsverhältnisse die meisten Menschen im Kindesalter der Ansteckung ausgesetzt werden. Folgen die Epidemieen nicht wie bei uns sich etwa alle 3—6 Jahre, gelangen sie vielleicht erst nach 20—30 Jahren nach einer Insel oder sonst einem abgeschlossenen Terrain, so müssen sie viele Erwachsene befallen. — Die Uebertragung kann künstlich bewirkt werden durch Einimpfen von Blut Masernkranker (Katona, Speranza), oder durch Uebertragung von Nasen- oder Rachenschleim (Mayr). Man weiss, dass damit befleckte Gegenstände das Contagium eine Zeit lang bergen können. Gewöhnlich genügt die Annäherung an einen Masernkranken; man muss annehmen, dass das Contagium von der Körperoberfläche dieses exhalirt und entweder von der Mund- und Rachen-, oder wahrscheinlicher von der Bronchialschleimhaut des Angesteckten aufgenommen werde. Hier bleibt es örtlich wirkungslos liegen, bis es nach nahezu 14 Tagen einen Vermehrungsprocess erlitten hat, in Folge dessen es in das Blut dringend und, nach Art capillarer zahlloser Emboli an die Körperoberfläche und die der Schleimhäute geworfen, hier die zahllosen Entzündungsheerde verursacht, die das Exanthem darstellen. Zu dieser Zeit, nach beendetem Reproductionsprocesse, dann wenn das Contagium mit dem Blutstrome an die Oberfläche geworfen wird, wird es von dieser aus am Leichtesten an andere Individuen abgegeben (Contagiositätsmaximum in der Prodromalperiode). Die Krankheitsursache erstirbt im Körper, ihre Folgen, die zahllosen Entzündungsheerde heilen ab und nur Eines bleibt auch durch die Annahme eines Pilzes als Krankheitsursache unerklärt, die Unfähigkeit des einmal erkrankten Organismus, von der gleichen krankmachenden Potenz wieder wirksam getroffen zu werden. Diese Immunität ist keine absolute, es sind mehrfache Durchmaserungen desselben Individuums beobachtet worden. Wenn ein verbreiteter Pilz (Mucor mucedo nach Hallier's Annahme) die Ursache der Masern dar-

stellte, würde es kaum zweifelhaft sein können, dass die Krankheit autochthon entstehen könne. Von manchen Ländern, wie den Faröern, Island, Theilen Nordamerika's weiss man, dass dies wenigstens lange Jahre hindurch nicht stattgefunden habe. — Je nach 2—5 Jahren kommt bei uns eine Masernepidemie zur Geltung, in grossen Städten fast alljährlich. Im Frühjahr und Herbste treten sie am Häfigsten auf. Bei der Verbreitung der Krankheit spielen die Schulen und Kinderbewahranstalten eine besondere Rolle. Wenn wir einmal eine entwickelte öffentliche Gesundheitspflege haben werden, und man daran denken können wird, die Verbreitung solcher Epidemieen zu hemmen, dann wird dies für die Masern ganz speciell in den Schulen zu geschehen haben. Man wird, wo die Schuljugend noch nicht durchmasert ist, beim Vorkommen von Masernerkrankungen im Orte das Auftreten von Katarrhen der Nase, des Rachens und der Augen und vielfache Schwellung der oberflächlichen Lymphdrüsen, Erscheinungen, die dem fieberhaften Beginne der Prodromi schon vorausgehen, auf das Sorgfältigste überwachen und als Grund zur Ausschliessung von der Schule betrachten müssen.

Freilich die meisten Masernepidemieen sind so gutartig (Mortalität 0—5%), dass ein Vermeiden der Ansteckung sich kaum verlohnt, dass man ein Ueberstehen der Krankheit im Kindesalter eher befördern zu müssen glaubt. Andere werden durch die Jahreszeit, die Wohnungs- und Lebensverhältnisse, den früheren Gesundheitszustand der Betroffenen, hauptsächlich durch die Häufigkeit einzelner schwerer Complicationen (Croup, Pneumonie) so gefährlich, dass sie eine Mortalität von bis zu 33% erreichen. Dies ist Ausnahme. Gewöhnlich ist für Kinder, die gesund, gut genährt und ohne krankhafte Anlagen sind, wenig zu fürchten. Kränkliche wird man besser absperren oder aus dem Bereiche der Epidemie entfernen. Ein Gegenmittel existirt nicht.

Die Behandlung ist rein symptomatisch, ohne besondere Indicationen sind keine Arzneimittel anzuwenden. Kühles Verhalten, leichte Bedeckung, gute Lüftung, Zimmertemperatur von 14—15° R., Nahrung dem Appetite entsprechend, frisches Wasser zum Getränke sind zu empfehlen. Besteht häufiger leerer Hustenreiz, so ist Morphium in kleinen Dosen (½% Lösung in Aqu. laurocer., 3stündlich 4—8 Tropfen) zu reichen, bei zäher, schwerablösbarer Beschaffenheit der Sputa Ipecacuanha, Alkalien, Salmiak, indifferente Inhalationen (½% Lösung von Salmiak, Kochsalz) zu empfehlen. Ueberfüllung der Bronchien mit Secret erfordert ein Emeticum, Pneu-

monie kalte Umschläge. Abnorm hohes Fieber wird durch Chinin, Digitalis, kalte Einwickelungen zu bekämpfen sein. Bei starker Pharyngitis, Croup u. dergl. gebe ich mit Vorliebe Kali chloricum als antifebriles Mittel. Der Durchfall zur Zeit der Entfieberung bedarf meistens keiner besonderen Behandlung. Schlimmeren Falles genügt etwas Rothwein oder eine Mixtur von Tannin mit Opium zur Beseitigung.

Bei Collaps oder Schwächezuständen mit nervösen Erscheinungen sind Reizmittel, vor Allem Wein (theelöffelweise) anzuwenden. Man berücksichtige stets, dass die Hauptgefahr von den Respirationsorganen her droht durch die vermehrte Schleimabsonderung in, und die mangelhafte Schleimentfernung aus den Bronchien. Die Kohlensäure-Intoxication wird durch alle schwächenden Eingriffe, die die Energie des Hustenactes herabsetzen, näher gerückt. Man vermeide daher Blutentziehungen und sei sparsam mit Antimonialien. Von besonderem Werthe bei beginnender Atelektase ist die Lagerung auf die entgegengesetzte Körperhälfte, wo es angeht zeitweise Bauchlage, wechselnde Seitenlage, ferner Anregung tiefer Einathmungen durch Aufforderung und mechanische Beförderung der Exspiration und Expectoration.

II. Scharlach, Scarlatina, Scarlatine, Scarlet fever.

Mayr: Virchow's Handb. Bd. III. p. 113.

H. Redenbacher: Pathol.-chemische Untersuchungen des Kinderharnes in verschiedenen Krankheiten, insbes. bei Scharlach. Jahrb. d. Kinderheilk. Bd. IV. 1861.

Hübler: Beobachtungen über Scharlach. Diss. Leipz. 1861.

E. Wagner: Beiträge zur pathologischen Anatomie des Scharlachs. Arch. d. Heilk. Jahrg. VIII. p. 262.

W. Jenner: Ueber das Scharlachfieber. Journ. f. Kinderkhtn. 1870. S. 7.

Ch. Murchison: Lancet Aug. 64, übers. im Journ. f. Kinderkrankheiten XLIII. p. 228.

R. Körner, Ueber Scharlachrecidive. Jahrb. f. K. IX. 362.

Henoch: Mittheilungen über das Scharlachfieber. Charité-Annalen. 1878. S. 511.

G. Mayer, Bemerkungen zur Behandlung von Diphtheritis und Scarlatina. Jahrb. f. Kdrhlkde. VII. 433.

Man glaubt, die erste Beschreibung der Krankheit bei Ingrassias zu erkennen, und verdankt die genauere Unterscheidung von den Masern Sydenham. Die Dauer des Incubationsstadiums ist nicht mit gleicher Sicherheit feststellbar, wie für die Masern; die Angaben schwanken von 2 bis zu 14 Tagen. In

einer Epidemie in Jena wurden 11—13 Tage Incubation, meist 12—14 Tage Incubation plus Prodromi beobachtet. — Die Angabe von Trousseau, Murchison, Rehn u. A., dass die Incubation nur 48 Stunden dauere, muss ich neuerdings bestätigen nach einer eigenen Erfahrung, die ebenso kurze Incubation ergab. Sehr eindeutige Beobachtungen meines früheren Assistenten, Dr. Reinhold, wiesen auf eine Dauer von 11 Tagen hin. Die auffällige Ungleichheit in der Dauer des Incubationsstadium's lässt sich nicht bestimmt erklären, doch scheint es, dass häufiger Ansteckung von einem beginnenden Scharlachfalle lange, Ansteckung von einer bereits abgelaufenen kurze Incubation zur Folge habe.

Die Krankheit beginnt, wenn nicht immer mit Frost oder Frösteln, so doch mit rascher Fiebersteigerung. Ausser beträchtlicher Höhe der Pulszahl und der Körperwärme findet sich heftiger Kopfschmerz, meist in der Stirne, betäubtes Wesen und ausgesprochene Mattigkeit. Der Anfang ist ein scharf ausgesprochener, der kaum Zweifel über den Tag oder die Stunde übrig lässt, von wo an die Krankheit zu rechnen. Oft stellt sich auch Erbrechen, oft Nasenbluten ein, manchmal bestehen Kreuzschmerzen und Gliederreissen. Als constant müssen Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Schwellung der Mandeln und die sonstigen Erscheinungen einer heftigen, erythematösen Angina betrachtet werden. Constant finde ich auch die Schwellung sämmtlicher Lymphdrüsen des Körpers vor, ebenso neuerdings Thomas. Es ist in dieser Beziehung grösserer Werth auf die Schwellung der Axillardrüsen zu legen, als auf die der Leisten- und Nackendrüsen. Aber auch erstere fand ich in einigen Fällen schon gegen Ende des Incubationsstadiums geschwellt.

Nach 1½—3tägiger Dauer dieser Erscheinungen, meist schon am zweiten Tage, endet das Stadium prodromorum und beginnt jenes der Eruption. — An der vorderen Fläche des Halses oder dem oberen Theile der Brust beginnt, oft nach vorausgegangener fein punctirter Röthung der Haut, die Bildung grosser, verwaschen begrenzter, scharlachrother Flecken. Sie erreichen alsbald Nagelglied- bis Flachhandgrösse, fliessen zusammen und stellen gewöhnlich nach kurzer Zeit eine gleichmässig geröthete, wenig angeschwollene Fläche dar. Von hier verbreitet sich die Krankheit sowohl nach dem zuvor schon gedunsenen Gesichte, als nach dem unteren Theile der Brust, dem Rücken, Bauch und Extremitäten. Oft ist, wenn sie an letzteren nach 2—3 Tagen anlangt, Hals und Gesicht schon wieder frei. Meist besteht nach Verbreitung über den ganzen

Körper der Ausschlag noch mehrere Tage gleichmässig fort, um dann sich etwas ins Gelbe oder Hellbräunliche zu verfärben und danach zu verschwinden. Das Roth desselben lässt sich stets durch Fingerdruck leicht beseitigen. An den Extremitäten ist die Streckseite am Stärksten befallen.

Nach dem Verblassen des Ausschlages, im Mittel am siebenten Tage, folgt im Beginn oder im Laufe der zweiten Woche die Abschuppung. Sie fängt an den erst betroffenen Theilen an, erfolgt in grossen zusammenhängenden Platten (lamellös), und bewirkt an den Fingern und Zehen bisweilen das Abstreifen ganzer, handschuhartiger Ueberzüge. Man will gesehen haben, dass mit diesen die Nägel sich losstiessen; jedenfalls ist dieses Vorkommniss ein sehr ausnahmsweises.

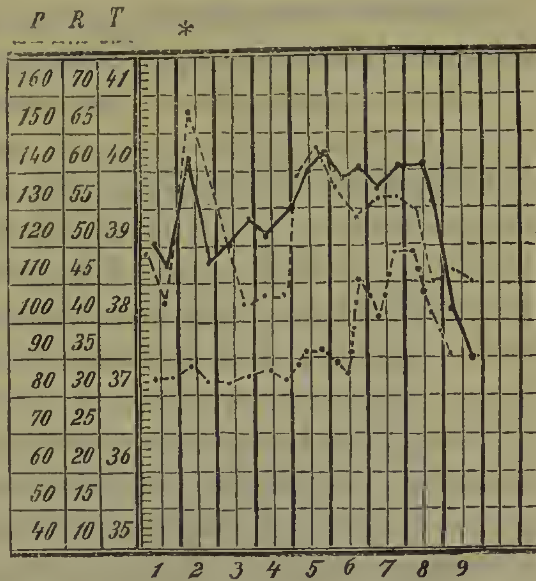
Die Hautröthe kann sehr gering sein, selbst vollständig übersehen werden (Sc. sine exanthemate), oder sie bleibt auf getrennt stehende Flecken beschränkt (Sc. variegata), im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Zusammenfliessen des Ausschlages (Sc. laevigata). Auf der scharlachbedeckten Haut erscheinen sehr häufig zahlreiche Schweissbläschen als unschuldige Begleiter der Krankheit. Die Bedeutung der mit Blutflecken an der Haut und Blutungen aus den Körperhöhlen complicirten Formen (Sc. petechialis) ist schon früher hervorgehoben worden.

Analog wie die äussere Haut findet sich auch, und zwar schon kurz vor dem Ausbruch des Exanthems, die Mund- und Rachenschleimhaut verändert. Sie ist hochroth, leicht angeschwollen, die Tonsillen treten stärker hervor, zeigen häufig einen punctirten oder flächenhaften weissen Exsudatbelag; die Zunge, nach Rückwärts weiss belegt, zeigt an der Spitze geschwollene, stark vorspringende Papillae clavatae (Himbeerzunge).

Das Verhalten der Körperwärme ist so, dass von Anfang an ein rasches Ansteigen stattfindet und binnen kurzer Zeit vermittelst des Frostes oder Fröstelns bereits die Höhe von etwa 40° C. erreicht wird. Von da an findet während einiger Tage ein langsames, höchstens durch geringe Morgenremissionen unterbrochenes Höhergehen der Körperwärme statt, das zu absolut sehr hohen Temperaturen (41, selbst 42°) führen kann. Dieses Ansteigen dauert durch das ganze Eruptionsstadium hindurch und erreicht erst im Floritionsstadium sein Ende, ohne dass eine auffällig höher gehende Akme sich ausbildete. Der nun sich vollziehende Abfall der Körperwärme nimmt mehrere Tage für sich in Anspruch in der Art, dass des

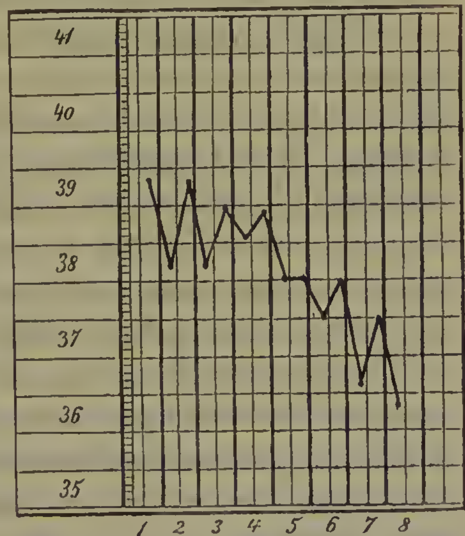
Abends keine Abnahme, oft auch wieder eine leichte Steigerung der Wärme eintritt, während des Morgens eine merkliche Temperatur-Abnahme von ¼—1° hervortritt. Leichte Fälle verlaufen mit niederen Temperaturen, mit kürzer dauernder Fieberhöhe so, dass entsprechend einem sehr kurzen Prodromalstadium der Zeitraum vom anfänglichen Frost bis zum Beginne der Defervescenz nur einen oder zwei Tage beträgt. Selten findet eine eigentliche Krise statt, wohl aber wird öfter die Defervescenz durch neue Fiebersteigerung in Folge entzündlicher Complicationen unterbrochen. Die absolute Höhe der Temperatur, die beträchtlicher ist, als in vielen andern Krankheiten, das gleichmässige Steigen vom Frost bis zur Defervescenz ohne erhebliche Remissionen, die Seltenheit wirklicher Krisen zeichnet den Gang des Fiebers in schwereren Scharlachfällen aus. Leichtere und unregelmässige Fälle lassen häufig diese Charaktere vermissen, sie haben dann auch meist leichte Prodromi und wenig Exanthem. Henoch bezeichnet hohe Pulsfrequenz als ein besonders ungünstiges prognostisches Symptom, das er von Vaguslähmung ableitet. Die grosse Gefahr der schweren Fälle rührt hauptsächlich von den hohen und ununterbrochen hohen Temperaturen her. Diesen sind die während der ersten Stadien auftretenden Erscheinungen von Bewusstlosigkeit, Delirien, Convulsionen und Muskelzittern, das Trockenwerden der Zunge, die Muskelschwäche der Kranken, kurz alle die-

Fig. 8.



Scarlatina. 4½jähr. Knabe. Exanthem bei *, am 5. Tage tritt Diphtheritis faucium hinzu.

Fig. 9.

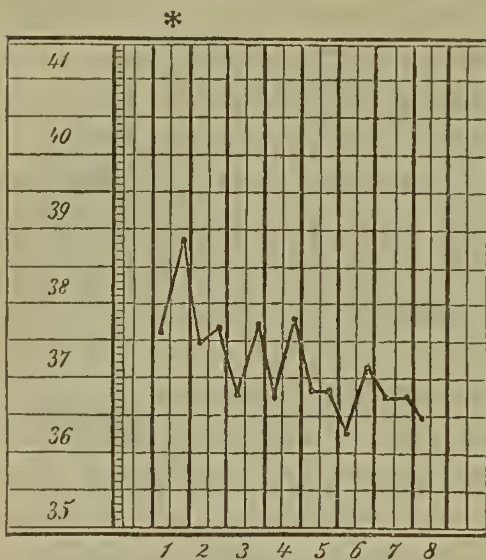


Leichter Scharlachverlauf bei einem 13jährigen Mädchen.

jenigen Erscheinungen zuzuschreiben, welche zur Bezeichnung eines typhösen Zustandes im Scharlach, eines Scharlachtyphus Veranlassung gegeben haben.

Die Erkrankungen innerer Organe, welche mit einiger Regelmässigkeit auftreten, haben den Pharynx und die Nieren zum Sitz. Schon vor der Erkrankung der äusseren Haut, oft schon im ersten Beginne der Prodromi stellen sich quälende Schmerzen im Halse ein, die durch den Schlingact gesteigert werden; lebhafte helle Röthung der Theile, gleichmässige Schwellung, nur mit etwas stärkerem Vorspringen der Mandeln ergibt sich bei der Untersuchung. In leichten Fällen und Epidemieen ist dies der einzige Befund; in schwereren treten diphtheritische Exsudate mit Neigung zu raschem, brandigem Zerfallen hinzu, die meist an den Mandeln beginnen und sich von hier auf den übrigen weichen Gaumen und die Rachenwand ausbreiten. Diese Diphtheritis (von Henoch nur als Gewebsnecrose bezeichnet) kommt schon vor Scarlatina vor (ob selbstständige Infection?), soll sich selten auf den Larynx verbreiten (Bretonneau) und nie Lähmungen zur Folge haben (Henoch).

Fig. 10.



Leichte Scarlatina eines 4jährigen.
Exanthem am ersten Tage.

Umfangreiche harte Drüsenanschwellungen an den Winkeln des Unterkiefers, von da nach vorn und unten sich fortpflanzend, Spannung der Muskeln, Oedem des Bindegewebes und Schwellung der Submaxillardrüsen verbinden sich damit. Die Lymdrüsen vereitern häufig und führen zu jauchigen oder diphtheritisch belegten, in der Tiefe die Gefässe eröffnenden Geschwüren. Bei den Sectionen findet sich häufig eine auffällig starre, blasse Beschaffenheit der von der Vereiterung übrig gelassenen Drüsenreste.

Die Nieren finden sich meistens bei den Sectionen im Zustande der acuten parenchymatösen Entzündung. In allen hochfieberhaften Fällen, bisweilen auch in leichteren ist der Harn eiweisshaltig, dabei zeigt er oft ein Sediment von Epithelien der Harnkanälchen, Epithelial- und Faserstoffcylindern. — Nach den Beob-

achtungen von Redenbacher ist die Urinmenge am Bedeutendsten vermindert im Prodromalstadium, vermindert in den beiden folgenden Stadien, dagegen nahezu normal in dem der Abschuppung. Die Harnstoffmenge ist ebenfalls im Prodromalstadium am Bedeutendsten vermindert, vermindert auch in den beiden folgenden Stadien, vermehrt dagegen schon in den ersten Tagen der Abschuppung, dann wieder geringer. Auf die Verminderung der Harnstoffmenge wirkt offenbar bei dieser Krankheit ausser der Inanition noch ein besonderes Moment hin, die frühzeitige Erkrankung der Niere mit verminderter Durchgängigkeit ihrer Harnkanäle. Diese Nierenerkrankung steht ihrer Schwere nach keineswegs immer in geradem Verhältniss zu den Erscheinungen des Fiebers und des Hautausschlags. Wo sie mässig entwickelt ist und, gleichmässig mit der Abschuppung, durch Fortschwemmung der angehäuften Epithelien und Faserstoffcylinder zu einer Art von Lösung kommt, dort tritt die erwähnte reichlichere Harn- und Harnstoffausscheidung zu dieser Zeit ein. Wo dies nicht stattfindet, die Entzündung fortbesteht und nach dem Abheilen des Hautausschlages sich selbstständig weiter entwickelt, dauert die Verminderung der Harnausscheidung fort und kann einen solchen Grad erreichen, wie in einem von Biermeer beschriebenen Falle, wo in 10 Tagen keine 5 Unzen Urin ausgeschieden wurden. Von Thomas wird mit Recht ein Unterschied gemacht zwischen der febrilen Alluminurie auf der Höhe der Krankheit und jenem erst später nach der Beendigung des eigentlichen Fieberverlaufes auftretenden Eiweissharne, der die Nierenkrankheit erkennen lässt.

Als früheste Erscheinung findet sich bisweilen Schmerz in der Nierengegend, den ältere Kinder spontan angeben, der bei jüngeren sich doch beim Anfassen in jener Gegend kundgibt. Allgemeines Unwohlsein und erhöhter Durst machen auf eine neue Erkrankung aufmerksam, sehr bald tritt Erbrechen ein, die Haut wird blass, schlaff, gedunsen, von eigenthümlich wachsartigem, etwas durchscheinendem Aussehen, das auf Anämie und seröser Durchfeuchtung beruht. Diese Veränderung beginnt im Gesichte oder der Knöchelgegend und erstreckt sich über einen grösseren oder kleineren Theil des Körpers, in den schwereren, länger dauernden Fällen wird sie allgemein. Der Urin ist zu dieser Zeit meist in hohem Grade bluthaltig, spärlich, dunkelroth und hat ein trübes Sediment, das aus Epithelien, Blutkörperchen und Cylindern besteht. Das specifische Gewicht des Harnes erweist sich beträchtlich ver-

mehrt. Diese Nierenerkrankung macht ihren Anfang als acute, sie kann als solche sich zu gefahrdrohender Höhe steigern oder ziemlich rasch günstig enden. Seltener scheint die scarlatinöse Nephritis später in einen subacuten oder chronischen Zustand überzugehen. Je nach diesem verschiedenen Verlaufe endet sie rasch günstig unter Zurückbildung aller krankhaften Erscheinungen, oder es treten weitere Symptome hinzu. Unter Steigerung, bisweilen auch unter Abnahme oder Gleichbleiben der Hautwassersucht bilden sich Ergüsse in die serösen Säcke, von denen zwei Eigenthümlichkeiten auffallen: die im Vergleiche zu anderweitigen Hydropsieen vorwiegende Betheiligung des Perikardes und die nicht rein seröse, mehr entzündliche Natur des Ergusses. Erkrankt das Perikard, so entstehen Schmerzen in der Herzgegend, dumpfer Druck oder Stechen, der Puls wird erst voll und unregelmässig, dann klein und frequent, der Herzstoss schwach und diffus, die Töne dumpf und leise, die Dämpfung in charakteristischer Weise vergrössert. Weiterhin, zumal wenn Hydrothorax oder Ascites hinzutreten, wird die Respiration beengt, das blasse Gesicht etwas livid, später die Rückenlage unmöglich, Husten und Rasseln tritt hinzu und Lungenödem oder suffocativer Katarrh beschliesst die Scene, wenn nicht die verschlossenen Wege sich öffnen, unter reichlichen wässerigen Ausscheidungen, oft bedeutender spontaner Verlangsamung des Pulses, der Uebergang zum Bessern eingeleitet, oder ein dritter, entschieden perniciöser Gang der Krankheit angebahnt wird, der Ausbruch der Urämie.

Der urämische Anfall wird bezeichnet durch Krämpfe oder Bewusstlosigkeit, meist Beides. Wirre Wechselkrämpfe, epileptischen ähnlich, können sich in einer grossen Zahl von Anfällen wiederholen. Dazwischen bleibt der Kranke bewusstlos oder doch benommen. Die Temperatur kann erhöht oder herabgesetzt sein. Es gilt für günstig, wenn sie nicht weit von der Norm abweicht. Entgegen der mechanischen Erklärung von Traube durch gesteigerten Blutdruck und Hirnödem neigen jetzt die meisten der chemischen Auffassung sich zu, die in Anhäufung auszuscheidender Stoffe im Blute den Grund des urämischen Zustandes sucht.

Endlich in einer kleinen Zahl von Fällen geht, besonders bei sehr kachektischen Personen, die Hydropsie in eine chronische Form nach kürzerer oder längerer Dauer über. Geringes, fehlendes, oder nur hie und da intercurrentes Fieber, Abmagerung, blasser, wenig trüber, lange Albumin haltender Urin, hie und da Kopfschmerz und

Erbrechen, andauernde mässige Oedeme, Gedächtnissabnahme und Schwäche der Sinnesorgane und Intelligenz charakterisiren diesen namentlich von der Gefahr der Urämie oder neuer acuter Zustände bedrohten Verlauf. Doch können selbst nach mehrjähriger Andauer sämmtliche Erscheinungen chronischer Nierenerkrankung nach Scharlach wieder rückgängig werden.

Scharlach führt am Häufigsten unter den acuten Exanthemen die Complication der Herzerkrankung herbei. Ausser der oben erwähnten Perikarditis, die meist sich von der Nierenerkrankung aus erklären lässt, kommt namentlich oft Endokarditis vor. Sie entsteht auf zweierlei Weise: auf der Höhe der fieberhaften Erkrankung inmitten des Floritionsstadiums, seltener vermittelt durch eine während des Abblassens der Hautröthe oder der Abschuppung beginnende Nachkrankheit, den Gelenkrheumatismus Scharlachkrankere. Sie kann selbst dem Exanthem um mehrere Tage vorausgehen (Larcher). Zur Erkennung derselben führt vor Allem eine tägliche genaue Beobachtung der auscultatorischen Erscheinungen am Herzen. Nur diese erlaubt, aus sprungweisen auffälligen Veränderungen in Dauer und Art des meist an der Herzspitze hörbaren systolischen Geräusches auf frische Mitralerkrankung zu schliessen. Vorhandene Embolieen der Körperarterien können die Diagnose bestätigen, zumeist wird sie erst nach Ablauf der eigentlichen Erkrankung aus den Zeichen des ausgebildeten Klappenfehlers klar.

An den Brustorganen kommt nächstdem am Häufigsten Pleuritis vor. Auch sie tritt sowohl auf der Höhe der Krankheit als eine besondere Art innerer Localisation auf, wie auch zweitens als Folge der Scharlacherkrankung der Niere in späterer Zeit. Sie ist fast immer in gewöhnlicher Weise einseitig, ihre Zeichen bieten nichts Besonderes, nur ein rasches Steigen des Exsudates ist den meisten Beobachtern aufgefallen. An der Lunge selbst werden ziemlich häufig croupöse Pneumonieen sowohl während der Höhe der Krankheit, als im Desquamationsstadium beobachtet. Sie scheinen auch durch vom Larynx in die Bronchien nach abwärts sich verbreitenden Croup erzeugt zu werden. Ausserdem werden als Complicationen eitrige Entzündungen am Gehörorgan, Meningitis, Brand der Haut, der Schleimhaut des Mundes, der Vulva, eitrige Augenentzündungen, vorübergehende Erblindung, Darmkatarrh, secundärer Croup des Dickdarms beobachtet.

Unter den Nachkrankheiten nehmen Wassersucht und Drüsenabscesse am Halse die erste Stelle ein. Beide nehmen ihren

Ursprung in Erkrankungen, die schon in der fieberhaften Periode beginnen, und haben deshalb ihre Besprechung schon früher gefunden. Die Gelenkerkrankung (Arthritis scarlatinosa) verdient hier noch besondere Besprechung. Sie tritt meist während der Desquamationsperiode auf, wird durch Fröste eingeleitet, und verläuft mit einem so unregelmässig wechselnden Fieberzustande und derartigen Schweissen, wie sie dem Gelenkrheumatismus gewöhnlich zukommen. Am Häufigsten werden das Knie- und Ellbogen-, nächstdem das Hand-, Fuss- Schulter- und Hüftgelenk befallen. Auch die übrigen kleineren Gelenke vom Schlüsselbein bis zu den Phalangen sind nicht ausgeschlossen. Der ganze Charakter dieser Rheumarthritis ist jedoch kein sehr flüchtiger; sie setzt sich oft an 2—3 dieser erstgenannten Gelenke fest und führt hier zu sehr intensiven, verhältnissmässig oft zur Eiterung sich neigenden Entzündungen. Sie bringt auf diesem Wege Gefahr für das Leben, ausserdem mindestens eben so oft als andere Rheumatismen die Gefahr linksseitiger Klappenkrankheiten des Herzens hervor. Auf diese Weise erklärt sich auch, dass bisweilen Chorea als Nachkrankheit des Scharlachs auftritt.

Die Recurrensform findet sich bei Scarlatina nicht ganz selten vor. Die zweite Erkrankung folgt meist der ersten nach 2—3 W. in ziemlich leichter Form nach. Unter den veröffentlichten Fällen ist der von Trojanowski von besonderem Interesse. Der erste Ausbruch betraf die obere, der zweite die untere Körperhälfte. Auch tödtlicher Ausgang der Recurrensform wurde beobachtet, so von Unterholzner durch hinzugetretene Nephritis.

Obwohl in grossen Städten das ganze Jahr hindurch nie völlig erlöschend, macht Scharlach doch unter lichteren Bevölkerungen weit seltener seine Epidemieen, als die Masern. Viel mehr Menschen bleiben von Scharlach verschont, als von Masern. Man darf annehmen, dass etwa alle 4—5 Jahre eine stärkere Scharlachepidemie auftritt. Die Disposition des Einzelnen zu dieser Erkrankung scheint häufiger zu fehlen. Aber sie kann auch blos zeitweise fehlen, so dass Jemand in der einen Epidemie trotz häufiger und naher Be-Berührung mit Scharlachkranken frei bleibt, in einer späteren ganz gründlich betroffen wird. Säuglinge bis zu 1/2 Jahr erkranken sehr selten, Knaben etwas häufiger als Mädchen. Die einmalige Erkrankung verleiht in der Regel Schutzkraft gegen jede spätere, aber man darf sich nicht vollständig darauf verlassen. Die blosse Annäherung an die Kranken kann die Ansteckung vermitteln; anderer-

seits haftet das Gift sehr fest an Kleidungsstücken und Effecten, und kann in diesen lange Zeit sich wirksam erhalten. Die Krankheit ist schon ansteckend gegen Ende der Incubation. Namentlich bei der so häufigen Verbreitung in Schulen lässt sich dies feststellen. Sie ist noch ansteckend zu Ende der Desquamation, ja noch Wochen nach dieser. Die Scharlachepidemieen stehen in einem ähnlichen Verhältniss zu Diphtheritis, wie die Masernepidemieen zum Keuchhusten. Sie treten häufig als Vorläufer derselben auf. Fast in allen Fällen kann man die Verbreitung durch Contagion sicher nachweisen, jede andere Entstehungsweise muss bis jetzt zweifelhaft erscheinen. Mehr als bei anderen epidemischen Krankheiten kommt hier jeder einzelnen Epidemie ein bestimmter Charakter zu. Die Häufigkeit der Wassersucht, oder der Drüsenvereiterung, oder brandiger Erkrankungen, oder der Gelenkentzündungen kann dieses Gepräge bewirken. Wenige Epidemieen sind durchaus gutartig, so dass bei 100 und mehr Erkrankungen kein Todesfall eintritt, solche mit 3—5% finden sich schon öfter, bilden sogar an manchen Orten die Regel. Manche bringen eine Mortalität von 30 und mehr Procent mit sich, es lässt daher auch kaum eine allgemeine Mortalitätsziffer sich angeben.

Die Erkennung der Krankheit stützt sich auf das hohe, andauernde Fieber, die heftigen Halsbeschwerden, den ersten Ausbruch des Ausschlags an Hals oder Brust, dessen verwaschen grossfleckige Beschaffenheit, die helle Röthe und die grossblätterige Abschuppung. Der Verwechselung können namentlich ausgesetzt sein einzelne Fälle von Masern, Rötheln, Urticaria, vielleicht auch Pocken oder Typhus in ihrem Beginne. Im Vorläuferstadium ist namentlich die Angina von Bedeutung, gerade desshalb können zur Zeit des Herrschens von Scharlachepidemieen einfache Anginen für den Beginn des Scharlachs gehalten werden. In dieser Beziehung werden häufig die Temperaturmessungen die Unterscheidung erleichtern, da die Körperwärme in den meisten Scharlachfällen absolut höher und gleichmässiger andauernd steigt, als bei Angina. Unregelmässige Scharlachfälle mit mangelndem, auf wenige Stellen beschränktem oder anomalem Exanthem, oder mit sehr geringem Fieber können am leichtesten der Erkenntniss entgehen. Vielleicht liefern nachfolgende Abschuppung oder Nierenerkrankung noch spät den Schlüssel zur richtigen Auffassung. —

Man hat mehrere Behandlungsweisen angegeben, die vor der Ansteckung mit Scharlach schützen sollen. Am Bekanntesten

darunter sind die ursprünglich von Hahnemann, neuerdings wieder von Bouchut empfohlenen Belladonnapräparate. Sie sind eben so unwirksam, wie alle andern zu diesem Zwecke empfohlenen Arzneimittel. Schutz für den einzelnen gewährt nur absolutes Fernbleiben von Scharlachkranken und all den Personen und Gegenständen, die mit Scharlach in Berührung waren. Schutz im Grossen kann nur gewähren eine sorgfältige Isolirung der Scharlachkranken und Desinficirung aller sie umgebenden Personen und Gegenstände. Diese Maxime hat namentlich für Hospitäler, Kinderbewahranstalten, Schulen, Schiffe und Gefängnisse die grösste Bedeutung. Nirgends ist die Isolirung der Scharlachkranken dringender geboten als in Kinderhospitälern.

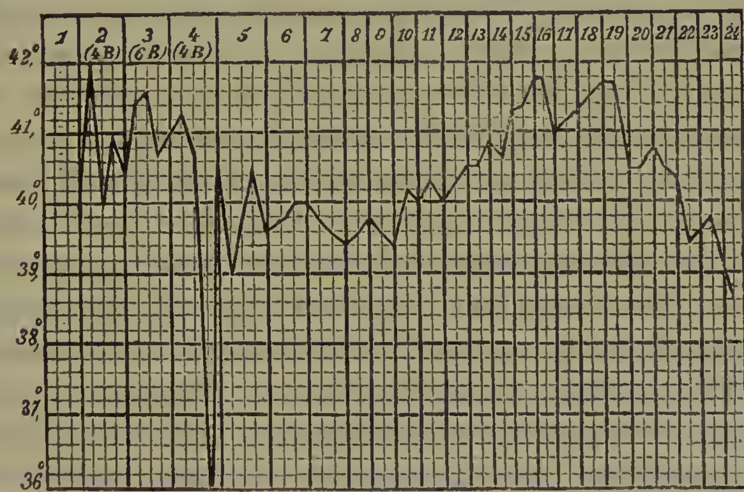
Die Behandlung der Krankheit kann für viele Fälle eine diätetische und exspectative sein. Es genügt häufig, die Kranken zu Bett zu bringen, in einem auf 13—14° R. geheizten Zimmer zu halten, reichlich kühles Getränk geniessen zu lassen, bei Uebelsein Sodawasser, bei Diarrhöe Mandelmilch oder Hafergrütze, und auf einfache, reizlose Diät zu setzen. Auch in leichten Fällen ist es räthlich, einen kalten Umschlag um den Hals zu legen und zeitweise Eisstückchen schlucken zu lassen, um die Halsentzündung zu beschränken und zu mässigen. Die zahlreichen specifischen Behandlungsweisen ändern sämmtlich an dem Verlauf der Krankheit Nichts. Von England aus wurde vor einigen Jahren in einem Marineberichte Chinin während der Incubation empfohlen als Mittel den Verlauf zu einem leichten zu machen. Auch die von Schneemann empfohlenen täglichen Speckeinreibungen, welche die Störung der Hautthätigkeit beim Scharlach, als die wesentlichste Quelle der Gefahr, in einer schwer zu begreifenden Weise beseitigen sollten, haben keinen erheblichen Vortheil. Sie sollen nach Schneemann während ganzer 4 Wochen täglich 2mal gemacht werden. Zugestanden, dass dieses nicht sehr reinliche Mittel in der That einen Nachlass der Intensität des Fiebers und der Spannung der Haut mit sich bringt, also in der That den Kranken erleichtert, so werden doch die bösartigen Epidemieen des Scharlachs nicht verschwinden, und wird Niemand vor dessen Nachkrankheiten, im Hinblicke auf den eingeriebenen Speck sich sicher dünken dürfen. Manchem wird es jedoch angenehm sein, einer Krankheit gegenüber, deren leichtere Fälle sonst gar keiner ärztlichen Thätigkeit bedürfen, in diesen Einreibungen ein wirklich etwas erleichterndes,

die ärztliche Fürsorge in unschädlicher Weise bethätigendes Mittel zu bezitzen.

Die Indikationen für die eigentlichen Eingriffe ergeben sich vorwiegend aus den einzelnen gefahrdrohenden Krankheitserscheinungen. Obenan unter diesen steht das Fieber; wirksam gegen dieses erweisen sich die von Currie, Batemann u. A. empfohlenen kalten Bäder und Begiesungen, die kalten Einwickelungen, kurz die äusseren Wärmeentziehungen, die so oft, als die Temperatur eine gefahrdrohendende Höhe erreicht, wiederholt werden müssen. Auch Chinin verdient in grossen Dosen daneben gegeben zu werden. Bei den petechialen Formen sind von vielen Seiten saure Chininlösungen empfohlen worden. Auch in den anomalen Fällen, in welchen frühzeitig mit hohem Fieber Delirien und Betäubung hereinbrechen, passen kalte Einwickelungen oder Begiessungen und Chinin innerlich. Je mehr dabei Schwächezustände vorwalten, um so eher kann die Anwendung grosser Dosen von Wein, selbst etwas Branntwein empfohlen werden, die jedenfalls den sämmtlichen andern excitirenden Mitteln vorzuziehen sind.

Wo Angina besteht, ist Kali chloricum am Platze, ausserdem sind Bepinselungen mit Höllensteinlösung (1—10 %), bei diphtheritischem Charakter derselben mit Kalkwasser, bei brandiger Beschaffenheit mit übermangansaurem Kali (1—5 % Lösung) oder

Fig. 11.



Scarlatina. Intoxicationsartige hochfieberhafte Form bei einem 5jähr. Knaben. Kaltwasserbehandlung am 2., 3. und 4. Tage, vom 9. bis 20. Tage Furunculose mit pyämischen Erscheinungen. Heilung.

Wasserstoffhyperoxyd vorzunehmen. Drüsenabscesse am Halse müssen durch warme Umschläge bald zur Reife gebracht, frühzeitig er-

öffnet und dann mit Kammillenumschlägen, Ausspritzungen, Charpieverband u. dgl. behandelt werden. Wo sie eine brandige Beschaffenheit annehmen, verdienen auch hier die erwähnten durch Oxydation desinficirenden Mittel Berücksichtigung.

Gegen Endokarditis kann unter Umständen Digitalis oder die Anwendung von kalten Umschlägen auf die Herzgegend oder von Inhalationen kohlensaurer Alkalien in Frage kommen, meist werden mehrere dieser Mittel gleichzeitig anzuwenden sein. Beim Hinzutreten einer entzündlichen Nierenerkrankung mit beträchtlicher Verminderung der Harnstoffmenge und reichlichem Auftreten von Eiweiss und Cylindern im Harn lieben es Manche, Blutentziehungen in der Nierengegend vorzunehmen. Aus den anatomischen Verhältnissen geht leicht hervor, dass solche Blutentleerungen nur als allgemeine, nicht als locale, irgend eine Wirkung haben können. Allgemeine Blutentziehungen, die reichlich genug sind, um überhaupt sich bemerklich zu machen, haben aber beim Scharlach, wie auch sonst bei den acuten Exanthemen, zumeist eine entschieden ungünstige Wirkung. Gegenüber der Verstopfung der Harnkanälchen mit Epithelien und croupösem Gerinnsel sind diejenigen Mittel hauptsächlich am Platze, die die Harnmenge reichlicher machen und den Blutdruck, unter dem die Absonderung steht, erhöhen, wie z. B. Digitalis; und ferner diejenigen, die den Harn alkalisch machen, auf diese Weise seine Menge erhöhen und ihm so eine lösende, lockernde Einwirkung auf die Gerinnsel verleihen. In letzterer Beziehung sind namentlich die kohlensauren und pflanzensauren Alkalien, das Kali und Natron aceticum, lacticum, citricum, tartaricum u. A. zu empfehlen. Reichliches Getränke, namentlich von warmer Milch, Selters- oder Sodawasser unterstützt diese Wirkung. Je mehr der Kranke schon dem fieberhaften Stadium entrückt, und je mehr wassersüchtige Ergüsse vorhanden sind, um so passender ist die Anwendung warmer Bäder mit nachheriger Einpackung zur Beförderung der Diaphorese. Die subcutane Injection von Pilocarpinum muriaticum ist in einigen wenigen Fällen von besserem Erfolge als die Schwitzbäder, jedenfalls aber häufig dort noch anwendbar, wo die äusseren Umstände Bäder unmöglich machen. Treten urämische Anfälle auf, so können kalte Begiessungen auf den Kopf, oder doch kalte Umschläge, Wein, Moschus, Aether, kohlensaures Ammoniak und andere excitirende Mittel, oder wo krampfhafte Erscheinungen vorwiegend sind, Chloroforminhalationen, Opium innerlich oder Morphiuminjectionen angezeigt erscheinen.

Bleiben nach Beseitigung der Wassersucht Blut und Eiweiss im Harne, so ist Chinin mit Tannin oder Uva ursi, namentlich bei vorwiegender Hämaturie Secale cornutum zu versuchen. Dabei ist reichlicher Milchgenuss vortheilhaft. Spirituosen sind zu vermeiden, höchstens kann etwas Rothwein gegeben werden.

Nach beendeter Abschuppung erhält der Kranke ein Bad und kann dann ausser Behandlung treten. Der Harn ist jedoch noch zu beachten. Nierenerkrankung kann jetzt noch folgen. Auch ist Uebertragung der Krankheit in den nächsten Wochen noch möglich.

III. Rubeola, Rötheln.

Gelmo: Ueber Rubeola. Jahrb. f. Kdrhlkde I. p. 152.

W. O. Oesterreich: Ein Beitrag zur Rubeolenfrage. Diss. Leipz. 68.

L. Thomas: Beobachtungen über Rötheln. Jahrb. f. Kdrhlkde N. F. II. p. 233.

J. Steiner: Ueber Rötheln. Arch. f. Dermatologie und Syph. I. S. 237.

H. Emminghaus: Ueber Rubeolen. Ibid. N. F. IV. S. 47.

W. Squire: Remarks on epidemic roseola, rosella, rosalia or rubeola. Brit. med. journ. Jan. 29. 1870.

E. Tordeus: Contribution a l'histoire de la Rubéole. Brüssel 1877.

Obwohl schon früher von de Bergen (1752), Stark, Heim u. A. besprochen und von der Schönlein'schen Schule mit einer gewissen Liebhaberei immer wieder in den Vordergrund gestellt, haben die Rötheln doch nur eine kümmerliche und vielfach angezweifelte Existenz in der Pathologie geführt. Man hat dieselben theilweise, wie dies namentlich von der Schönlein'schen Schule geschah, als eine Misch- oder Bastardform von Masern und Scharlach dargestellt, theilweise (Thierfelder, Köstlin, Thomas) als ein eigenes, von Masern und Scharlach unterschiedenes, aber den Masern ungleich näher stehendes acutes Exanthem aufgefasst, das namentlich durch eine ungemeine Leichtigkeit seines Verlaufes charakterisirt wird. Viele haben vollständig die Existenz einer solchen eigenthümlichen Erkrankung geläugnet. Letztere Auffassungsweise findet sich z. B. ausführlich motivirt in der Arbeit von Gelmo. Auf der andern Seite finden sich zahlreiche und, wie mir scheint, triftige Beweise für die Existenz einer solchen Krankheit in einer Leipziger Dissertation von W. O. Oesterreich, die unter der Leitung von Thomas 1868 erschien. Seither ist von den verschiedensten Seiten deren gesonderte Existenz anerkannt worden.

Die Krankheit tritt offenbar sehr selten, dann aber epidemisch

auf, befällt in einzelnen Familien eine Reihe von Kindern, erreicht jedoch selbst in grösseren Städten nur eine geringe Ausdehnung. Einzelne Jahre, wie 68, scheinen ihrem verbreiteteren epidemischen Auftreten besonders günstig zu sein. Erwachsene werden nur sehr selten mitbefallen, die Kinder der ärmeren Klassen scheinen stärker betheiligt.

Die Incubation dauert meistens zwei Wochen, häufig 18—22 Tage. Das Stadium der Vorläufer fehlt nicht selten und dauert, wo es vorhanden ist, einige Stunden bis zu zwei Tagen. Die Symptome beschränken sich auf Hitzegefühl, Nasen-, Rachen- und Augenkatarrh und etwas Oedem des Gesichtes. Stets finde ich die Lymphdrüsen des Halses und und vieler anderen Stellen angeschwollen. Diese Anschwellung geht dem Exanthem voraus, so dass bei sonst mangelnden Prodromi intelligente Kranke oft zuerst hierauf aufmerksam werden. Die Incubationsperiode scheint völlig afebril zu sein. Das Vorläuferstadium kann ½—3 Tage dauern und ist nie ganz fieberfrei, wenn auch die Temperaturerhöhung gering und kurzdauernd sein kann. Ausgesprochenes Unwohlsein, Kopfweh, Schwellung des Gesichtes, Conjunctivitis, Nasenkatarrh, rauher Husten gehören diesem Zeitraume an und erstrecken sich noch in den folgenden hinüber. In einzelnen Epidemieen fehlten jedoch auch die catarrhalischen Symtome vollständig.

Der Ausschlag beginnt, wie bei den Masern, am Gesicht, und verbreitet sich von da über den Hals, Rumpf und endlich die Extremitäten. Die Leichtigkeit der ganzen Erkrankung bringt es mit sich, dass der Ausschlag häufig schon am Gesicht und Hals wieder verschwunden ist, wenn er an den Extremitäten eben erst erschien oder in voller Blüthe steht. Er besteht aus intensiv rothen, nahezu wie bei den Masern düster gefärbten kleinen rundlichen Flecken, die leicht erhaben, zackig gerändert, oft durch eine Art von lineären Ausläufern mit einander zusammenhängen. An den Händen und Füssen ist der Ausschlag oft besonders reichlich vorhanden. Er kommt häufig zur Nachtzeit zum Ausbruch, dauert oft nur ½—1 Tag und erstreckt sich selten bis zu 3 Tagen. Die Schleimhaut des Rachens zeigt dieselbe fleckig hyperämische, hämorrhagisch punctirte Röthe wie bei den Masern. Einige Tage nach dem Verschwinden des Ausschlags stellt sich in einer Minderzahl von Fällen eine kleienförmige Abschuppung ein. Das Fieber kann seine Acme erreichen im Beginne des Prodromalstadiums oder erst während, selbst gegen Ende der Eruption. Es endet meist in

unterbrochenem Abfalle lytisch. Die erreichte Höhe kann eben nur 38 oder selbst 40° C. überschreiten. Das Fieber überdauert selten den 4. Tag der Erkrankung. Die meisten Erkrankungen werden im Herumgehen überstanden, irgend eine Gefahr bringt keine derselben mit sich. Die Prognose ist also absolut günstig. Um so mehr Schwierigkeiten bietet die Diagnose. Im Einzelfalle wird man immer zweifeln müssen, ob man es nicht mit einer sehr leichten Masernerkrankung zu thun habe. Nur dann, wenn eine ganze Epidemie aus solchen überaus leichten, schnell verlaufenden und fast fieberlosen Fällen besteht, wenn die erwähnten geringen Unterschiede dem Masernausschlage gegenüber deutlich hervortreten, endlich wenn mehrfach Kinder mitbefallen werden, die früher schon Masern, oder vielleicht gar Masern und Scharlach überstanden hatten, wird man die Diagnose der Rubeolenerkrankung stellen können. Einzelne Angehörige der Epidemie zeigen öfter, manchmal auch die ganze Epidemie, den Uebergang in ächte Masernformen. Alle derartigen Fälle, wie sie von Thomas beschrieben worden sind, und auch in Jena in einer kleinen Epidemie von 31 Fällen vorkamen, würde ich unbedenklich als sehr leichte Morbillen betrachten, wenn nicht eine verhältnissmässig grosse Anzahl derselben bewiese, dass die vorausgegangenen Morbillenerkrankungen dieser Epidemie gegenüber keine Schutzkraft besitzen. Es verhält sich hiermit sehr ähnlich wie mit den Windpocken, die durch die vorausgegangene Impfung nicht fern gehalten werden. Die ganze Stellung der Rubeolen zu den Morbillen ist offenbar eine ähnliche, wie die der Varicella zu der Variola. Eigenthümliche Zweifel über den wahren Sachverhalt können entstehen bei Morbillenepidemieen mit vorwiegender oder sehr häufiger Recurrensform. Man muss sich auch sehr hüten, vereinzelte Fälle von Roseola, Urticaria und Miliaria rubra den Rubeolen zuzuzählen. Weniger leicht wird man in Versuchung kommen, die Anfangsfälle einer Scharlachepidemie damit zu verwechseln. Die Behandlung ist rein exspectativ, wenn man nicht etwa des respiratorischen Katarrhes halber reichliches laues Getränke, Selterswassers mit Milch, Salmiak oder Ipecacuanha mit Opium reichen will.

IV. Variola, Blattern, Pocken, Petite vérole, Small-pox.

Eimer: Die Blatternkrankheit in pathologischer und sanitätspolizeilicher Beziehung. Leipz. 1853.

Hebra in Virchow's Handbuch, Bd. III. pag. 158 u. f.

H. Auspitz und S. Basch: Untersuchungen zur Anatomie des Blatternprocesses. Virchow's Archiv, Bd. 28. p. 337.
W. Ebstein: Ueber den fächerigen Bau der Pockenpusteln. Ib. Bd. 34. p. 598.
Fleischman: Ueber Blatternbehandlung. Aerztl. Intelligenzbl. Sept. 1869.
Th. Simon: Zur Casuistik des Prodromal-Exanthemes der Pocken. Arch. f. Dermatologie III. p. 242. 309.
M. Schüller: Beiträge zur Therapie der Pocken. Berl. kl. Wochenschr. 1872. 15.

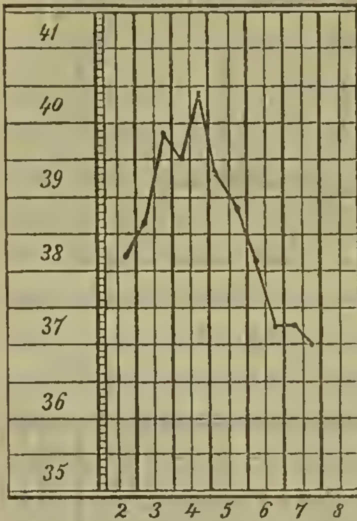
Einzelne Andeutungen weisen darauf hin, das die Pocken zu den ältesten gekannten Krankheiten gehören, die erste deutliche Beschreibung wird bei Rhazes gefunden. In der Geschichte der Pockenerkrankung war epochemachend die Einführung der Impfung (1796). Während zuvor 1/12—1/10 der Gesammtbevölkerung an den Pocken starb, ist durch die Einführung der Schutzpockenimpfung die Mortalität in Betreff dieser Krankheit bis auf 1/10, in manchen Ländern bis auf 1/50 des früheren Betrages herabgesetzt worden. Zur gewöhnlichen Form in den jetzt noch auftretenden Pockenepidemieen ist die durch die vorausgegangene Impfung gemilderte (Variola modificata oder) Variolois geworden. Während früher die meisten Menschen von den Pocken im Kindesalter ergriffen wurden, zeigen sich jetzt 3 Maxima, das eine viel beträchtlichere noch vor der erfolgten Impfung, je nach den Landesgesetzen vor dem Ende des ersten oder dritten Lebensjahres, das andere zu der Zeit, wo die Schutzkraft der Impfung unsicher geworden ist und die gesammten Lebensverhältnisse relativ oft Gelegenheit zur Ansteckung geben, zwischen dem 15. und 25. Jahre, das dritte in hohem Alter, nachdem Impfpocken- und Pocken-Schutzkraft erloschen ist. Vor der Impfung kommt meist Variola, nach derselben Variolois zu Stande. Das Pockencontagium verbreitet sich in der den Kranken umgebenden Luftschicht und gelangt durch Einathmung in den Neuinficirten. Es kann aus den offenen Fenstern über eine enge Strasse in das gegenüberliegende Haus gelangen und dort wirksam werden. Anderseits condensirt es sich auf Gegenständen, wird mit Briefen und Papiergeld versendet, haftet an Wollstoffen und Geräthen monatelang. Auch die Leichen sind ansteckend. Variola vera ist stärker contagiös als Variolois, die Menge des vorhandenen Pockeneiters erklärt dies. Aber auch von Variolois aus können die schwersten Formen entstehen.

Nach 13—14tägiger Incubationsdauer (v. Bärensprung), die nicht selten durch leichte Fieber- oder gastrische

Erscheinungen etwas getrübt wird, beginnt die Krankheit ganz regelmässig mit einem intensiven Frost, jedenfalls mit einer hohen Fiebersteigerung. Unter den Fiebersymptomen machen sich namentlich heftiger Stirnkopfschmerz, Schwindel, Betäubtsein, Neigung zu Ohnmachten beim Aufstehen, nächtliche Delirien bemerklich. Die Milz schwillt frühzeitig, eine merkliche Vergrösserung ihres Umfanges kann meist schon am ersten Tage nachgewiesen werden, aber sie erreicht keine bedeutende Grösse. Abendliche Fiebersteigerungen an den beiden folgenden Tagen verursachen bisweilen leichtere, neue Frostanwandlungen. Wie der Katarrh für die Masern, die Schlingbeschwerden für das Scharlach, so sind für die Pocken in dem meist 3tägigen Prodromalstadium Kreuzschmerzen, Rückenschmerzen oder Schmerz in der Gegend des Schwertfortsatzes ziemlich bezeichnend, während gleichzeitig über Ziehen und Zerren in den Gelenken geklagt wird. Mit dem Beginn des 4. Tages, oft etwas früher oder später, verschwinden rasch diese Schmerzen und alle vom Fieber abhängigen Erscheinungen. Dagegen beginnt die Eruption an der Haut. In einer Anzahl von Fällen geht der eigentlichen Eruption das sog. Prodromalexanthem voraus, ähnlich den Masern, dem Scharlach, der Urticaria, vielleicht auch nur herpesartig. Es kann das allererste Symptom sein, aber es tritt häufiger erst kurz vor dem eigentlichen Exanthem auf. Die scharlach- und masern-ähnlichen Formen überwiegen; sie betreffen den grössten Theil des Körpers oder beschränken sich auf gewisse Prädilectionsstellen, die Unterbauch-, innere Oberschenkelgegend, das Oberarmdreieck, eine Stelle des Fussrückens, die Umgebung des Afters. Die Eruptionsstelle des Prodromalexanthems bleibt oft von den Pocken selbst verschont. Th. Simon hat in sehr ansprechender Weise versucht, diese Formen als vasomotorische Hautkrankheiten mit dem prodromalen Rückenschmerz in Verbindung zu bringen, eine Symptomengruppe, die vervollständigt wird durch die Zuzählung der Pockenlähmung, der Muskelatrophie nach Pocken u. s. w. Der Ausschlag selbst beginnt bei den wahren Pocken im Gesicht, bei den gemilderten Formen an verschiedenen zerstreuten Stellen der Körperoberfläche. Kleine, hart anzufühlende, rothe Knötchen entwickeln sich bald dicht gedrängt, bald spärlich und zerstreut. Viele derselben sind von einem Haar durchbohrt, die Meisten entsprechen der Schwellung einer Talgdrüse und ihrer nächsten Umgebung. An den Handtellern und Fusssohlen sind einzelne Schweissdrüsen die Heerde dieser kleinen Hautentzündungen.

Nach ein- bis dreitägiger Dauer dieses Stadiums bilden sich auf den nun grösser und härter gewordenen Knötchen kleine Bläschen; damit tritt die Krankheit in das Stadium der Florition ein. Während der nächsten beiden Tage vergrössern sich die Bläschen, um endlich am 9.—11. Tage etwa, durch eitrige Umwandlung ihres Inhaltes sich in Pusteln umzuformen. Nach mehrtägigem Bestande, nach etwa einwöchentlicher Dauer dieses Stadiums, 1½—2 Wochen nach Beginn der Krankheit, trocknet der Inhalt der Pusteln allmählich ein, wandelt sich in Krusten um, die vorher lebhaft rothen Knötchen färben sich bräunlich und sinken ein, nach nochmals ½—1 Woche fallen die Krusten ab, nachdem bereits neue Epidermis unter denselben gebildet ist, und der ganze Krankheitslauf ist beendet.

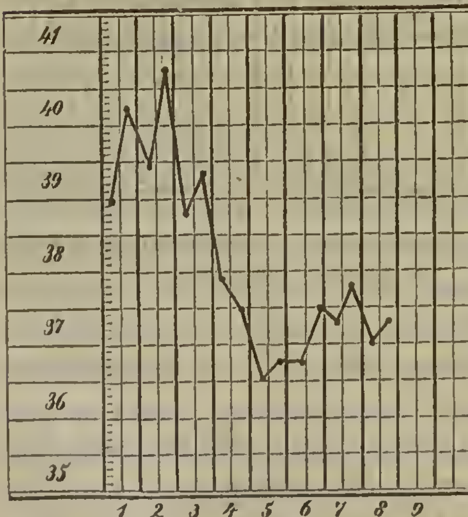
Fig. 12.



Variolois-Curve. Akme am Abend des 4. Tages, von da an protrahirte Krise.

Betrachten wir zunächst die Fiebersymptome genau. Gleich Anfangs findet eine rasche und hohe Fiebersteigerung Statt, die im ersten Frost bereits 40° C. erreichen kann, oft aber auch nur bis zu 39° sich erhebt. Von da erfolgen geringe Morgenremissionen an den beiden folgenden Tagen, starke Abendsteigerungen führen zu Ende des 3. oder 4. Tages die Körperwärme einem Maximum von 40—41° zu, von wo aus sie während des Beginnes des Eruptionsstadiums rasch zu sinken anfängt. Während eines Tages continuirlich, oder während weniger Tage von leichten Abendsteigerungen unterbrochen, fällt sie dann bei ächten Pocken nicht ganz, bei Variolois vollständig auf Normal, um im letzteren Falle entweder auf diesem Punkte zu verharren oder höchstens während der Decrustationsperiode noch einige ganz leichte Erhe-

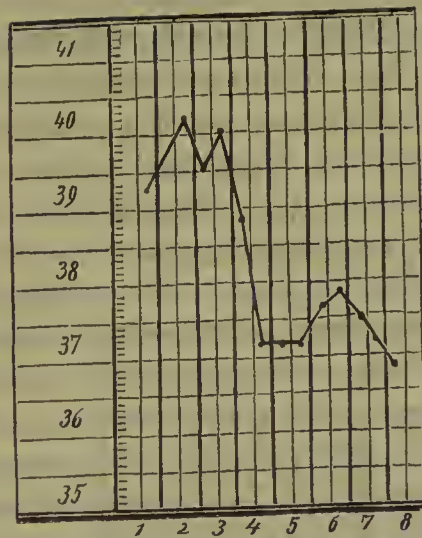
Fig. 13.



Variolois. Unterbrochene Krise vom 2.—5. Tage. Suppurationsfieber.

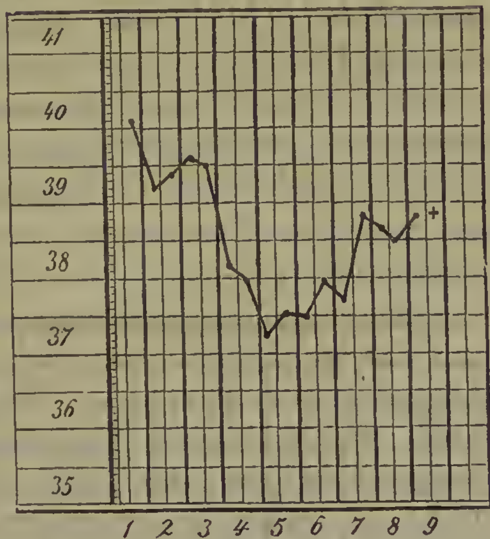
bungen zu erfahren. Anders verhält sich die Sache bei den gerade für das frühe Kindesalter so wichtigen ächten Pocken. Hier wird völlig normale Temperatur überhaupt nicht erreicht, und sobald die Eiterung an der Haut beginnt, findet in dem Maasse, in dem diese reichlicher wird und durch das Zusammenfliessen mehrerer Pusteln Eiterflächen an der Haut entstehen, ein höherer Grad von Fieber Statt, der, 39—40° erreichend, mit starken Tagesschwankungen unregelmässig auf- und abgeht. In Heilungsfällen tritt mit dem Eintrocknen der Pusteln ein allmählicher Abfall der Temperatur ein. Von grossem Interesse sind die während des Suppurationsfiebers auftretenden, aber auch im fieberlosen Zustande sich oft noch fortsetzenden aufgeregten Delirien mit Fluchtversuchen und Verfolgungswahn. H. Emminghaus hat versucht, sie auf Intoxication mit flüchtigen Fettsäuren, z. B. Valeriansäure zurückzuführen. In tödtlichen Fällen wurde häufig gegen das Ende hin und in den nächsten Stunden nach dem Tode noch zunehmend, ein Ansteigen auf 42, selbst 44° beobachtet. In den Heilungsfällen kann während der Decrustation nochmals eine geringere, also dritte Fieberbewegung eintreten.

Fig. 14.



Variolois. Akme am 2. Tage, Krise am 3. beginnend.

Fig. 15.



Variola vera. Unregelmässiger Fieberverlauf, Suppurationsfieber, Tod am 9. Tage.

Der Ausschlag selbst hat in den ächten Fällen einen langsameren und gesetzmässigeren Verlauf. Er beginnt stets am Kopfe. Die vorausgehende Schwellung der Haut ist beträchtlich, die Knötchen stehen dicht und fühlen sich hart und tief in die Haut ein-

greifend an. Sie werden langsam, erst im Verlaufe von 3—4 Tagen mit Bläschen besetzt, und auch diese entwickeln sich langsam, aber die jeder Körpergegend ganz gleichmässig zu Pusteln. Diese Pusteln fliessen, indem sie sich vergrössern, wenigstens an einzelnen Stellen, manchmal auf weite Hautstrecken hin, zu flachen Eiterblasen zusammen. Die Eiterung sowohl, als die Decrustation dauern länger an, so dass der ganze Krankheitsverlauf sich auf 3 Wochen und darüber erstreckt. Die gleichzeitigen Erkrankungen an inneren Organen treten häufiger und mannichfaltiger auf. Bei den Varioliden verlaufen alle 3 Stadien von der Eruption an um 1/3 bis zur Hälfte kürzer. Die Hauterkrankung beginnt weder regelmässig am Kopfe, noch befällt sie ihn jedesmal. Durch einen chemischen oder thermischen Reiz hyperämisch gewordene Hautstellen werden früher und reichlicher von der Pockeneruption betroffen. Oft sind nur einige wenige Pusteln an den Extremitäten oder dem Rumpfe vorhanden. Diese entwickeln sich um 1/3 bis zur Hälfte der Dauer ihrer Phasen schneller, als im vorigen Fall. Sie sind nicht an allen Stellen, selbst an benachbarten nicht, auf gleichem Stande ihrer Entwickelung; unregelmässige Nachschübe stellen sich sehr oft ein. Es kann auch nur eine Pustel da sein oder die Pusteln können ganz fehlen *(Febris variolosa sine variola)*. Einen derartigen dreitägigen kritisch endenden Fieberanfall mit Kreuz- und Gliederschmerzen habe ich mehrmals beobachtet, 14 Tage nachdem durch Impfung oder sonst gut geschützte Personen sich einer recht intensiven Infection ausgesetzt hatten. —

Die Form der Hauteruption selbst anlangend, unterscheidet man eine glückliche Form, die gar nicht zur Pustelbildung selbst gelangt (Blattermaser, Nirlus); dann nach der Grösse der Pustel V. miliaris bis pemphigoidea; je nachdem die Pusteln vereinzelt oder dicht stehen und dann zusammenfliessen, V. disseminata und confluens; eine hochfieberhafte, äusserst gefährliche Form mit schneller Blutzersetzung, die sich durch Petechien, Blutung in die Haut, zwischen die Pusteln und freie Hämorrhagien kundgibt, V. haemorrhagica; dann eine Form, bei der angeblich die Blasen schnell entstehen, aber ihres Inhaltes beraubt und von der gangränösen Haut aus mit Luft erfüllt werden sollen, Var. siliquosa.

Viele Blatternpusteln zeigen in ihrer Mitte eine Delle, die ihnen keineswegs allein zukommt, sondern bei vielen Pusteln sich findet, die z. B. durch chemische Hautreize hervorgerufen sind. An

der Innenseite der Pustel sieht man einen gelbweissen Beleg aus gequollenen Epidermiszellen bestehend, fälschlich oft als Pseudomembran bezeichnet. Sticht man eine Pustel an und übt einen leichten Druck auf dieselbe, so entleert sich nur wenig vom Inhalt. Aus den Untersuchungen von Auspitz und Basch und von Ebstein ergibt sich ein Maschenwerk feinster Art, die meisten Pusteln durchziehend. Nur ein Theil der ganz oberflächlichen macht eine Ausnahme. Züge von anscheinend faseriger Structur aus auseinander gedrückten, abgeplatteten Zellen der hypertrophischen Malpighi'schen Schicht bestehend setzen dasselbe zusammen. Die Zwischenräume dieses nach Oben und nach den Seiten in das Rete Malpighii übergehenden Gerüstes sind mit Eiterkörperchen erfüllt. Daraus erklärt sich, wie schon früher ziemlich allgemein angenommen war, das unvollständige Ausfliessen des Eiters aus einem seitlichen Schnitt in die Pustel. Die verbreitete Annahme dagegen, der zufolge die Delle der Pustel durch die geringere Ausdehnbarkeit central gelegener Haarbälge, Talg- oder Schweissdrüsen bewirkt werde, hat sich als unhaltbar erwiesen. A. und B. erklären dieselbe aus der stärkeren Abplattung und dem theilweisen zu Grunde Gehen der unter dem Centrum der Pustel gelegenen Hautpapillen, und aus der besseren Stütze, welche die äusseren Partieen der Pusteln durch die angeschwollenen, vermehrten und noch nicht durch die Eiterung zerstörten Zellen des Rete Malpighii finden. Auch Pusteln, denen zur Zeit der vollen Eiterung eine solche primäre Delle mangelte, können sie in secundärer Weise erhalten, wenn die Eintrocknung des Inhaltes central und oberflächlich beginnt.

Die Pustelbildung findet normal nicht allein an der äusseren Haut Statt, sie erstreckt sich sehr häufig auf die Auskleidung des äusseren Gehörorganes, auf die Schleimhaut des Mundes, der Nase und des Rachens. Ist die Bildung kleiner flacher, gelber Pusteln an der Mundschleimhaut reichlich, so schwillt sie an und tritt in einen leichten Entzündungszustand. In diesen Fällen hauptsächlich kommt eine reichliche, dem Kranken lästige Speichelabsonderung zu Stande. Ist der Rachen stark befallen, so wird das Schlucken schmerzhaft und erschwert. Bei vielen Sectionen findet sich auch die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre mit flachen Pusteln besetzt, zwischen denen sich hier häufig croupöse Exsudate verbreiten. Daher oft Stimmlosigkeit und namentlich im früheren Kindesalter Luftmangel und pfeifender Athem.

Von den begleitenden Erkrankungen innerer Organe sind namentlich croupöse Pneumonieen mit Icterus, faserstoffeitrige Entzündungen der Pleura, des Perikards und des Peritonäums, Myokarditis, secundärer Croup des Dickdarms, croupöse Entzündungen der oberen Luftwege, und die bei hohem Fieber eintretende acute Fettentartung der Leber, des Herzens und der Niere hervorzuheben. In solchen schweren Fällen letzterer Art haben Frerichs und Städeler Leucin und Tyrosin im Harn aufgefunden. Hoppe, der diese Körper in seinen Fällen vermisste, fand die Menge des Harnstoffs beträchtlich vermehrt. An der mit Blatternpusteln bedeckten äusseren Haut entwickeln sich bisweilen während des Suppurationsfiebers umschriebene oder diffuse eitrige Entzündungen des subcutanen Gewebes; auf der Haut selbst, wo nach dem Confluiren der Pusteln die Epidermis frühzeitig verloren gegangen war, diphtheritische Exsudate. Endlich kommt in den schwersten Fällen brandige Zerstörung der Haut und der darunter liegenden Weichtheile vor.

Die Vorhersage ist vorzüglich abhängig von dem Vorausgegangensein und der fortdauernden Wirkung der Impfung. In Berlin starben 1864 von den Nichtgeimpften 51 %, von den Geimpften 11, von den Revaccinirten 9 %; in Oberbayern 1864 von den Nichtgeimpften 37, von den Geimpften 6 %; im Londoner Pockenhospitale 1866 von den Nichtgeimpften 35,7, von den Geimpften 6,5 %. In Deutschland betrug 1860—71 der Antheil der Revaccinirten an den Pockenerkrankungen nicht 6 %, die Mortalität der Nichtgeimpften Pockenkranken 32,0 %, der Geimpften 9,5 %, der Revaccinirten 7,4 %. Dabei muss man noch dahingestellt sein lassen, mit welchem Erfolge die Vaccination und Revaccination vollzogen worden war. So macht sich dieses gleiche Moment in der Statistik aller Epidemieen geltend, mögen sie sonst leicht oder schwer sein. Impfung während der Incubation ist nicht mehr sicher und vollständig schutzkräftig. Dagegen kann man aus den Resultaten einer bald nachfolgenden zweiten Impfung schliessen, dass die Schutzkraft der ersten nach 5mal 24 Stunden beginnt (Weisse).

Ein zweites wichtiges Moment ist das Alter. Bei Kindern in den ersten Lebensmonaten verläuft die Variola ungemein rasch und sicher tödtlich. Trousseau hat noch in den letzten Jahren einige Fälle aus den ersten Lebensmonaten veröffentlicht, in welchen Krämpfe als Vorläufer auftraten, Durchfälle den Verlauf begleite-

ten, und dieser überraschend schnell sein tödtliches Ende erreichte. Gerade solche Kinder, die zuvor schon krank oder mit Gebrechen behaftet waren und vielleicht desshalb bei der Impfung übergangen wurden, sind mehr noch wie andere gefährdet. Ausserdem sind die Höhe des Suppurationsfiebers, die Massenhaftigkeit der Pustelbildung, das vielfache Zusammenfliessen derselben, Eiterung, Diphtheritis und Brand an der Haut und die Gestaltung der inneren Complicationen im Stande, einen Maassstab der vorhandenen Gefahr abzugeben. Viele von Denen, die ohne wirksamen Schutz von Seiten der Impfung Pocken glücklich überstehen, werden durch zahlreiche bleibende Narben verunstaltet, die als schüsselförmige, Anfangs braun pigmentirte, später pigmentarme Vertiefungen die Fläche des Gesichtes einnehmen. Sie entstehen nur dann, wenn die Eiterbildung in die Cutis eingriff und zunächst den Papillarkörper zerstörte, glücklicherweise im Ganzen nur bei etwa 10 %. Andere kommen noch schlimmer weg: grössere Substanzverluste verunstalten die Gesichtshaut oder die Extremitäten; Narbenverengerungen bewirken dauernde Störungen in der Function des Geruchs- oder Gehörorganes; eitrige Augen-Entzündungen haben Schrumpfen des Bulbus und Verlust der Sehkraft zur Folge. Der Jammer an Todesfällen und Verstümmelungen, den die Pocken in früheren Zeiten anrichteten, ist denen sicher nicht bekannt, die heute gegen die Impfung polemisiren.

Die *Erkenntniss* der Variola vera im Floritionsstadium ist ungemein leicht. Andere Stadien und Formen sind eher der Verwechselung ausgesetzt. Während der Prodromi kann der Gedanke an Typhus wegen der Fieberhöhe, an Rheumatismus wegen der Gliederschmerzen, an Morbillen wegen der Roseola variolosa nahe liegen. Die Höhle des Fiebers, die frühzeitige Schwellung der Milz, der Mangel sichtbarer Veränderungen an den Gelenken, und der den Masern eigenen Schleimhautkatarrhe gibt schon Unterscheidungen genug an die Hand. Im Eruptionsstadium gleicht eine lichte Variolois bisweilen einer einfachen Akne, doch werden sich immer Hautstellen mitbefallen finden, an welchen Akne nicht leicht vorkommt, oder die weitere Entwicklung zu Pusteln stellt in den nächsten Tagen die Sache klar. Die Pusteln der Variola gleichen jenen von Ekthyma, Malleasmus, Impetigo, selbst Scabies. An den Pusteln selbst liegt nicht das Charakteristische, sondern an den gesammten Begleiterscheinungen und dem gesetzmässigen Ablaufe der Krankheit. Ganz besonders ähnlich sind diejenigen einer syphiliti-

schen Hautkrankheit, die daher den Namen Varicella syphilitica erhalten hat. Auch in ihren Narben haben syphilitische Hautleiden der späteren Periode die grösste Aehnlichkeit mit den sonst ziemlich schwer zu verkennenden Pockennarben.

Für keine andere Krankheit ist die Verhütung ihrer Verbreitung durch die Gesetzgebung so wirksam und so eingehend angestrebt worden. Das glänzende, die Gesammtmortalität entschieden herabsetzende Resultat ist möglich geworden durch die gründliche Kenntniss der Aetiologie der Krankheit, welche man besitzt, und durch die Entdeckung Jenner's, die Impfung.

Die Pocken gehören zu den allercontagiösesten Krankheiten, die man kennt. Der Ansteckungsstoff ist mit Sicherheit enthalten in dem Eiter der Pockenpusteln und in dem Blute. Es muss ferner angenommen werden, dass er von der Körperoberfläche eines Pockenkranken aus sich in der umgebenden Luftschicht verbreite, denn es liegen zahlreiche genau beobachtete Fälle vor, in welchen die blosse Annäherung an einen Pockenkranken die Ansteckung bewirkte. Der Pockenkranke ist schon im Incubationsstadium ansteckend, dies zeigt die durch Impfung entstandene Pockenepidemie in Oedt (Blümlein) und die Ansteckung durch Epidermisverpflanzung von einem im Incubationsstadium befindlichen Menschen (Schoper). Die Leiche verbreitet gleichfalls noch eine Zeit lang den Ansteckungsstoff, — wie lange, ist nicht genau bekannt. Personen, die mit Pockenkranken in Berührung waren, können, selbst dauernd oder nur ganz vorübergehend für die Ansteckung unempfänglich, das Contagium zu Dritten mitbringen, bei welchen es haftet und wirkt. Noch weit häufiger geschieht es, dass Geräthe, Wäschestücke, wollene Decken, selbst Papiergeld (Henning) den Ansteckungsstoff conserviren und verbreiten. Die meisten Menschen sind für die Ansteckung gleich empfänglich. Einige Wenige sind, obwohl ihr oft ausgesetzt, nie von der Erkrankung befallen worden; besonders bei Aerzten ist diese Beobachtung mehrmals gemacht worden, so bei Morgagni und Diemerbroek. Unempfänglich sind ferner die unter dem Schutz der Impfkraft oder der vorausgegangenen Pockenerkrankung noch stehen. Man behauptet, dass mit dem späteren Greisenalter eine verminderte Empfänglichkeit eintritt. Dies ist aber auch der einzige Einfluss, den man den Altersverhältnissen zuschreiben kann. Auch das früheste Kindesalter, von der Stunde der Geburt, ja von den letzten Monaten des Fötallebens an, ist durchaus nicht immun. Wie die Verbreitungsverhältnisse der Pocken jetzt liegen, muss

das Säuglingsalter als ganz besonders gefährdet betrachtet werden, sowohl wegen des zumeist mangelnden Schutzes der Impfung, als auch wegen der weit grösseren Schwere der Krankheitsformen. Die Schutzkraft der vorausgegangenen Pockenerkrankung gilt für wirksamer und längerdauernd als die der Impfung, aber wo sie nicht ausreicht, ist die Erkrankung eine doppelt schwere (Hebra). Für das Kindesalter haben nur jene überaus seltenen Fälle Bedeutung, in welchen jede Schutzkraft der einmaligen Erkrankung zu fehlen schien und desshalb ein mehrfaches, bis achtmaliges Befallenwerden beobachtet werden konnte. Mit der Pockenerkrankung der Thiere hat die des Menschen nur die eine durch das Princip der Impfung ausgesprochene Beziehung. Pockeneiter auf Säugethiere übertragen hat nur eine dürftige Pustelentwicklung zur Folge, die jedoch eine beim Menschen wieder ächte Pocken erzeugende Rückwirkung besitzt (Chauveau). Die Aufnahmestätte des Contagiums kann die äussere Haut sein. Die Erfolge der früher eine Zeit lang als Schutzmittel benützten Inoculation der Pocken beweisen dies. Hier betrug die Incubationsdauer im Mittel 9 Tage. In vielen Fällen blieb die Eruption auf die nächste Umgebung der Impfstelle beschränkt. Sie war ein der Gefahr entsprossenes, aber selbst gefährliches Schutzmittel. Dennoch rechnet man nach, dass sie die Mortalität beträchtlich vermindert habe (Süssmilch). Hierin liegt schon ein Grund, anzunehmen, dass die Ansteckung gewöhnlich nicht an der äusseren Haut stattfinde, sondern dass das Contagium an der Schleimhaut der Respirationswege eindringe. Zudem beweisen viele alltägliche Erfahrungen, dass die unverletzte Epidermis für dasselbe undurchgängig sei. Man muss also wohl glauben, dass der Ansteckungsstoff in die Lungen aufgenommen, auf den Bronchien- oder Alveolenwänden und auch schon im Blute während des ziemlich genau 13 Tage dauernden Incubationsstadiums eine Vermehrung und Umwandlung erfahre, die ihn für seine späteren Wirkungen geeignet macht. Dann muss eine Verschleuderung der Keime erfolgen, die nach Art embolischer Herde die Pusteln an der Haut erzeugt. Dann werden die zosterartigen Anordnungen der Pusteln längs der Intercostalräume, welche von manchen Seiten hervorgehoben werden, den Gebieten der Intercostalarterien entsprechen. Das frühere Befallenwerden des Gesichtes wird sich aus der Kürze des Weges dahin erklären. Das Prodromalstadium wird den Zeitraum des Fortschreitens in der Entwickelung der aus der Embolie hervorgehenden Entzündungsherde darstellen. Eine autochthone Entstehung

der Pocken ist bis jetzt nicht erwiesen. Ihr Auftreten ist meist ein epidemisches. Manche Jahre und Reihen von Jahren sind besonders stark mit Pockenpidemieen bedacht. Die richtige Durchführung der Impfung und Wiederimpfung, sowie der Absperrung der Pockenkranken entscheidet über die Möglichkeit der epidemischen Ausbreitung.

Die meisten Varioloisfälle bedürfen, ebenso wie Varicella, überhaupt keiner ärztlichen Behandlung, sondern nur der Absperrung.

Bei der Behandlung der Variola vera kommen in Betracht die Beseitigung der directen aus der Schwere des Fieberzustandes und der Complicationen hervorgehenden Lebensgefahr, die Verhütung der Narbenbildung und die Beseitigung einzelner besonders lästiger Symptome.

In ersterer Beziehung hat man besonders antipyretische Mittel angewandt, Chinin in einzelnen grossen Dosen während des Prodromalstadiums gegeben scheint den Verlauf leichter und rascher zu machen. Bei kleinen Kindern kann es in Clysma angewandt werden. Während des Suppurationsstadiums ist die antifebrile Wirkung desselben werthvoll. Wo immer excessive Temperaturgrade auftreten, müssen sie durch methodische Kaltwasserbehandlung, Bäder, Umschläge etc. bekämpft werden.

Als Mittel zur Verhütung der Narbenbildung sind die sehr schmerzhafte und keineswegs immer erfolgreiche Aetzung der beginnenden Pusteln im Gesichte, die Bedeckung des Gesichtes mit einer Maske von Emplastrum mercuriale de Vigo oder Emplastr. diachylon, das Aufstreichen von Collodium oder Traumaticin empfohlen.

Bezüglich einzelner Symptome hat man z. B. adstringirende Augenwasser von Höllenstein oder Kupfervitriol wegen der begleitenden Augenentzündungen, Gurgelwasser mit Opiumtinctur wegen der Schlingbeschwerden, Kaliwaschungen bei der verspäteten schmerzhaften Entwickelung der Pusteln an den Handtellern und Fusssohlen, adstringirende Mundwasser wegen des Speichelflusses gebraucht.

Als specifische Mittel gegen Pocken wurden vor einigen Jahren empfohlen die Tct. Sarraceniae purpureae, dann das Xylol (Zuelzer). Die erstere zu 3mal täglich 10—20 Tropfen schien mir gänzlich unwirksam zu sein. Das Xylol zu 1—2 Grm. in Mixtur ist vielen Kranken widerwärtig und wirkt günstigsten Falles nur gegen einzelne Symptome, so die Mund- und Rachen-Erkrankung, die übelriechende Hautausdünstung.

V. Varicella, Windpocken, Schafpocken.

Vetter: Ueber das Verhalten der Varicellen zu den Pocken. Virchow's Archiv Bd. 31. p. 401.
V. H. A. Nicolai: Beobachtungen über Varicellen und Variolen. Leipz. Diss. 1868.
L. Thomas: Die Specifität der Varicellen. Arch. d. Heilk. Jahrg. VIII. p. 376.
Id.: Ein Beitrag zur Kenntniss der Varicellen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1869. 3.
Discussion über die Variola-Varicellenfrage im ärztlichen Vereine in Wien. Arch. f. Dermatologie und Syphilis 1873. Hft II. S. 305.
H. Senator: Ueber das Verhältniss der Varicella zur Variola. Jahrb. f. Kdrhlkde. VII. 444.
E. Tordeus: De la varicelle. Bruxelles 1877.
Steiner: Zur Inoculation der Varicellen. Wien. med. Wochenschr. 1875. Nr. 16.

Die Windpocken, Varicellen, von Heberden zuerst beschrieben (1766), stehen dem Variolen sehr nahe und sind vielfach in neuerer Zeit mit denselben zusammengeworfen worden. Namentlich die Autorität Hebra's ist in dieser Beziehung für Viele massgebend gewesen, in der Richtung, dass sie die Varicellen als eine Abart, als eine durch die vorausgegangene Impfung oder durch schwache Einwirkung des Contagiums gemilderte Form der Pocken ansahen. Zwei Erscheinungen, die hierzu nicht recht passen wollen, sind gewiss jedem beschäftigten Arzte schon vorgekommen. Erstens: die Erkrankung ungeimpfter Kinder an Varicellen, für die die Annahme einer unvollständigen Einwirkung des Contagiums wenigstens auffallend oft in Anspruch genommen werden müsste; zweitens: die durch Varicellen unbehinderte, durch Variola dagegen aufgehobene Entwickelung der Schutzpocken. Mir selbst ist es zur Zeit, wo ich in der Hebra'schen Anschauungsweise befangen war, vorgekommen, dass ich die Impfung nach vorausgegangener Varicellenerkrankung unterlassen wollte, und dann zu deren Vornahme durch den ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen veranlasst, durch die vollständige Entwickelung der Impfpusteln nicht wenig überrascht wurde. Hierzu kommen noch einige andere Gründe, so das zeitweise Auftreten ausschliesslicher Varicellenepidemieen und die Berichte von dem Auftreten solcher Epidemieen vor Einführung der Impfung, dann das Auftreten ächter Pocken bei solchen, die zuvor schon Varicellen gehabt hatten. Am Beweisendsten jedoch

sind die Versuche von Vetter, aus welchen hervorgeht, dass Schutzpocken- und Windpockenerkrankung sich gegenseitig in keiner Weise aufheben oder verhindern. Es ist dies ein so wichtiger und wesentlicher Unterschied, dass man schon darauf die Trennung der Varicellen von Variola und Variolois gründen kann. Eine weitere Unterscheidung liegt darin, dass Varicellen, obwohl epidemisch und ansteckend, doch mittelst ihrer Lymphe entweder gar nicht oder nur sehr schwer verimpfbar sind. Steiner hatte indess unter 10 Impfungen 8 positive Resultate; Incubation 8 Tage.

Die Erkrankung beginnt mit einem Frost von geringer Intensität, oder doch einer raschen Fiebersteigerung. Die Prodromi verlaufen mild, ohne oder mit geringen Schmerzen in Kreuz und Gliedern, dauern manchmal 3 Tage und darüber, meist jedoch nur $^1/_2$—1 Tag. Die Eruption lässt sich wegen der Raschheit der Pustelentwickelung kaum deutlich unterscheiden und dauert wenige Stunden bis zu einem Tag. Die Pusteln selbst sind am Rücken und Stamm am Reichlichsten, im Gesichte spärlicher, ebenso an den Extremitäten. Sie treten zahlreich auf, werden gross, aber sie kommen nur unvollständig zur Eiterung. Ihr Inhalt bleibt klar oder nur molkig trüb und wird nicht gelb. Der rothe Hof, der sie umgibt, ist schmal und blass, die Haut darunter wenig verdickt. Nur wenige besitzen eine Delle. Die Dauer der einzelnen Pustel beträgt nur 3—4 Tage; allerdings erfolgen häufig Nachschübe. Auch das Eintrocknen der Pusteln zu Krusten oder vielmehr dünnen, gelb oder hellbraun gefärbten Schuppengrinden geht rasch binnen weniger Tage vor sich und ungleichmässig, so dass man Pusteln und Krusten neben einander zu sehen bekommt. Die ganze Krankheit verläuft in 1—2 Wochen; sie hinterlässt fast niemals Narben und bringt keinerlei Complication oder Nachkrankheit zu Stande.

Der Fieberverlauf ist erst in neuerer Zeit etwas näher bekannt geworden. Wie bei den Masern kommen schon im Incubationsstadium vorübergehende geringere Temperatursteigerungen vor. Manche Fälle verlaufen fast ganz fieberlos, andere mit geringem, wenige mit Fieber bis zu 40° C. Die fieberhafte Periode dauert dann 2—3 Tage, das Fieber beginnt hier nicht, wie bei den Pocken, vor dem Exanthem und hört mit dessen Erscheinen auf, sondern es beginnt mit dem Exanthem oder ganz kurze Zeit vor demselben und hört erst mit dessen Eintrocknen auf. Die Akme fällt bald auf den Beginn des Hautausschlags, bald auf einen

der Nachschübe desselben. Die Entfieberung ist eine rasche, secundäres Fieber findet nicht Statt.

Die Varicellen sind ziemlich ausschliessliche Kinderkrankheit. Sie kommen schon im 1. Lebensjahre vor, scheinen jedoch zwischen dem 2. und 6. ihre grösste Häufigkeit zu erreichen. Sie verbreiten sich durch Ansteckung, sind aber nicht oder sehr schwer überimpfbar. Ihre Contagiosität scheint keine sehr intensive zu sein, denn es wird nur die Minderzahl der Menschen von denselben im Kindesalter betroffen, obwohl sie in grossen Städten fast alljährlich epidemisch auftreten. Ihre Epidemieen pflegen licht und kurzdauernd zu sein. Die Incubutionsdauer gilt für variabler als bei den Pocken, man gibt sie zu 8—19 Tagen an; nach meinen Beobachtungen in Jena beträgt sie meist 13—14 Tage. Auch hier scheint wie bei den Pocken die eingeimpfte Krankheit eine kürzere Incubation zu haben, als die auf natürlichem Wege (durch Incubation) übertragene. Die Schutzkraft der einmaligen Erkrankung ist unsicherer als bei Pocken; ich habe ein Kind dreimal an Varicella behandelt.

Wiewohl die besondere Natur der Varicellen anzuerkennen ist, so muss man sich doch gestehen, dass eine den Varicellen überaus ähnliche Erkrankungsform sowohl bei Geimpften als bei Nichtgeimpften bisweilen durch unzweifelhafte Ansteckung von ächten Pockenfällen her entsteht. Es würde praktisch ungemein wichtig sein, diese varicellenartigen Pocken, von denen aus durch Ansteckung wiederum ächte Pocken entstehen können, von einfachen Varicellen unterscheiden zu können. Als zuverlässige Kennzeichen derselben kann man aber bis jetzt gerade nur diese beiden aufstellen: Die Fähigkeit, durch Ansteckung ächte Pocken zu erzeugen und die Abstammung von ächten Pocken. Die Annahme von Thomas, dass das zeitliche Verhältniss des Fieberbeginnes zur Eruption einen weiteren Unterschied abgebe, hat viel für sich, muss sich jedoch erst noch praktisch bewähren. Die Prognose der Varicellen ist stets günstig, besondere Maassregeln zu ihrer Verhütung sind desshalb auch nirgends geboten, und eine arzneiliche Behandlung wird in den meisten Fällen nicht verlangt, in den übrigen nur in indifferenter Weise gewährt werden.

VI. Vaccina, Impfpocke.

W. Stricker: Studien über Menschenblattern, Vaccination und Revaccination. Frankf. 1861.

J. H. Hoffert: Kritik der hauptsächlichsten gegen Kuhpockenimpfungen angeführten Einwürfe. Danzig 1868.

v. Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpockenimpfung in Bayern. Leipz. 1862.
C. Hennig: Ueber das den Verlauf der Schutzpocken begleitende Fieber. Jahrb. f. Kinderheilk. I. p. 14.
L. Pfeiffer: Was ist zu einer guten Impfung erforderlich? Zeitschrift f. Epidemiologie u. Gesundheitspflege 1871 nr. 6.
Id. Die Rückimpfung auf Kühe. D. Vierteljahrsschrift f. öff. Ges.pflege Bd. IX. Heft 4.
Bollinger: Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 116.
Bohn: Handbuch der Vaccination. Leipz. 1875.

Die Impfung, hervorgegangen aus der Kenntniss von der Schutzkraft der auf den Menschen übertragenen Kuhpocke gegen Variola, war schon vor Jenner (1796) Einzelnen bekannt, z. B. 1791 dem Lehrer Plett in Holstein; allein ihre Einführung im Grossen knüpft sich sicher mit Recht an den Namen Jenner's. Sie ist seither in fast allen civilisirten Staaten obligat geworden, und die Angriffe, die ihre Zweckmässigkeit in neuerer Zeit mehrfach erfahren hat, führten nur dazu, Veranlassung zu sehr werthvollen Zusammenstellungen der Resultate zu geben, die im Laufe der Jahre sich angehäuft hatten. Die Pocken an den Strichen oder dem Euter der Kuh entstehen durch zufällige oder absichtliche Ueberimpfung menschlicher Pocken oder Impfpocken. Ursprüngliche Pocken der Kuh (wie beim Schaf) scheinen nicht zu existiren. Das Gift der Variola erfährt sofort in dem Körper der Kuh eine Modification, die es von da an beibehält, auch wenn es wieder in den Menschen gelangt. Die Impfung geschieht mit der Lymphe aus zufällig am Euter der Kühe entstandenen Pocken (originäre Lymphe), oder aus künstlich durch Impfung mit originärer Lymphe gezüchteten Pocken der Kuh oder des Kalbes (animale Lymphe), oder mit der der menschlichen Impfpocken (humanisirte Lymphe), oder aus den durch Impfung von menschlicher Lymphe auf das Euter der Kuh erzielten Pocken (Retrovaccinlymphe). Man impft an beiden Oberarmen an 5—6 Stellen, die 1½—2 Ctm. von einander entfernt sind. Die Epidermis wird an diesen mittelst der Lancette auf ½—1 Ctm. Länge eingeschnitten bis zum Papillarkörper, oder so, dass noch eine ganz seichte Verwundung an diesem erfolgt, und auf diese geritzten Stellen, die eben eine Spur von Blut umzeichnet, wird der Impfstoff aufgestrichen. Es ist weniger räthlich, mit der mit Impfstoff befeuchteten Lancette schief durch die Oberhaut einzustechen, bis eine leichte Blutung erfolgt. Bei Revaccination mache ich gerne an jeder Impfstelle vier sich kreuzende Schnittchen. Der Impfstoff haftet besser an den Winkeln der Schnitte.

Zur Abnahme der Impflymphe sind die menschlichen Impfpocken am 5ten—7ten Tage am Meisten geeignet. Die Benützung nach dem 8ten Tage ist verboten. Die Lymphe muss von einem gesunden Kinde, das über 6 Monate alt sein soll, entnommen und frei von Blut sein. Kann sie frisch von Arm zu Arm übergeimpft werden, so ist dies immer vorzuziehen. Die in Haarröhren luftdicht durch Zusiegeln abgeschlossene Lymphe behält übrigens mehrere Jahre ihre Wirksamkeit und kann jedenfalls für die Dauer eines Jahrganges unbedenklich verwendet werden. Die enorme Nachfrage nach Impfstoff wurde Ursache zu Versuchen über die Wirksamkeit verdünnter Lymphe. Müller in Berlin zeigte, dass 10 bis 20fache Verdünnung mit gleichen Theilen chemisch reinen Glycerins und destillirten Wassers die Wirksamkeit der Lymphe nicht beeinträchtigt. Nur muss sowohl die frische Mischung als auch die Masse unmittelbar vor dem Gebrauche mit einem Pinsel gut vermengt werden. In Wien will man die Wirksamkeit und Schutzkraft der durch viele Generationen seit De Carro durchgeimpften Lymphe noch jetzt vollständig genügend finden. Die Erfahrungen in Bayern, Nassau und an anderen Orten entsprechen dem nicht. Es erweist sich als dringend wünschenswerth, dass zeitweise wieder durch frische Kuhpockenlymphe neuer Impfstoff gezogen werde, oder dass, da sich hierzu die Gelegenheit sehr selten ergibt, der vorhandene durch Retrovaccination aufgebessert werde.

Die Impfstiche zeigen am 1. und 2. Tage eine leichte Anschwellung, bis zum 4. ein kleines rothes Knötchen, das am 5. zum Bläschen wird. Dieses vergrössert sich am 6. und umgibt sich am 7. mit einem rothen, etwas aufgeworfenen Hofe. Am 8. wird die Pustel schlaffer, erhält einen grösseren, diffusen, rothen Hof und sinkt in der Mitte ein, fängt am 10. Tage an zu vertrocknen, erhält am 14. eine braune Borke, die spontan am 21. Tage abfällt und eine rundliche, späterhin blasse und etwas gestrickte Narbe hinterlässt. Sorgfältige Beobachtungen der Körpertemperatur haben ergeben, dass der Verlauf der Impfpusteln nicht ganz fieberfrei ist, dass namentlich eine geringe Steigerung der Körpertemperatur in den ersten 3 Tagen nach der Impfung, dann eine Abnahme der Wärme bis Normal oder unter Normal, dann um den 7.—9., meist 8. Tag eine grössere Steigerung, jedoch keine von mehr als 1^0 stattfindet, auf die wieder eine vollständige Entfieberung folgt. Man kann also auch für die Vaccina von einem Prodromal- und Suppurationsfieber sprechen. Während des letzteren finden sich häufig

Gliederschmerzen, Unlust, Mattigkeit, erhöhter Durst, Husten, Schluckbeschwerden. Es scheint, dass je spärlicher die Pusteln, um so geringer die Fiebererscheinungen ausfallen. Diese mehr subjectiven Fiebersymptome treten aus individuellen Gründen bald stark, bald sehr gelinde auf.

Wenn die Impfung erfolglos bleibt, können die schlechte Beschaffenheit des Impfstoffes, ungenügende Einimpfung oder endlich zeitweise oder dauernde Unempfänglichkeit des Geimpften Schuld daran sein. Wo sich an Stelle der Impfstiche nur Geschwüre, keine Pusteln bilden, ist meist fehlerhaftes Verfahren bei der Impfung Schuld. Wo die Pockenpusteln zu brandigen Geschwüren sich umwandeln, ist der Grund in septischer Infection der Stichwunden oder in schlechter Säftebeschaffenheit des Impflings zu suchen. Die Impfpocken können in kleinen, ekzemartigen Bläschen, oder in grossen Blasen, oder in furunkelartigen Knoten abnormer Weise zum Vorschein kommen, von diffuser Röthe der Haut des Armes, von einem varicellenartigen Ausschlag am Körper, von pemphigus- oder urticariaartigen Hauterkrankungen erschwert werden. Von besonderer Bedeutung sind die Zellgewebs- und Lymphdrüsen-Entzündungen am Oberarm; man hat diese mehrmals auf die Nervenscheiden sich ausdehnen, und so Lähmung des Armes bewirken sehen.

Der einzige begründete Vorwurf, der dem heutigen Impfzwange gemacht werden kann, liegt in der Gefahr der Mitüberimpfung der Syphilis. Bei genauem Aufpassen hat sich leider dies Unglück als häufiger vorkommend erwiesen, als man für möglich gehalten hätte. Von mehreren Abimpfungen von einem syphilitischen Stammimpflinge hatte meist nur ein Theil syphilitische Erscheinungen bei den Geimpften zur Folge. Viennois erklärt dies daraus, dass nicht der Impfstoff, sondern das ihm beigemischte Blut die Syphilis übertrage. Aber einzelne Blutkörperchen enthält jede Lymphe und die Syphilis-Vaccine-Impfung liefert mehr positive Resultate als die Ueberimpfung reinen Blutes Syphilitischer. Köbner glaubt, dass die Impfung nur dann Syphilis übertrage, wenn unter der Stammimpfpustel eine syphilitische Induration lag — was noch zu erweisen wäre. Ist das Unglück geschehen, so verläuft noch die Vaccine normal, erst gegen Ende der 3ten Woche kommt unter der Lücke einer oder mehrerer Pusteln ein chankerartiges Geschwür zum Vorschein, dem Axillarbubonen, Hautausschläge etc. nachfolgen. Man muss Schutz gegen die Ueberimpfung der Syphilis suchen in ausschliesslicher Abnahme des Impfstoffes von genau untersuchten, ge-

sunden, bezüglich ihrer Familiengesundheitsverhältnisse bekannten Kindern, die nicht unter 6 Monaten alt seien, Entnahme des Impfstoffes nicht nach dem 8ten Tage mit Vermeiden jeder Blutung des Bodens der Pustel. Oder man muss sich ausschliesslich der animalen oder Retrovaccinlymphe bedienen.

Diess ist denn auch neuerdings in immer umfänglicherer Weise geschehen, in Hamburg, in Thüringen, in Würzburg ist die Impfung ausschliesslich mit animalem Impfstoff vollzogen worden. Die Technik der Lymphegewinnung ist so verbessert worden, dass man genügende Mengen Impfstoff von sicherer gleichmässiger Wirkung zu erträglichem Preise erlangt.

Zur Zeit der Impfung latent vorhandene Variola ist nicht mit überimpfbar (Bonnes). Auch die Beobachtungen der thüringischen Aerzte zeigen, dass in diesem Falle die Impfpusteln sich rasch und sehr kräftig entwickeln, ohne dass Variola entsteht. 5 Tage nach der ersten Impfung schlägt eine zweite nicht mehr an (Weisse). Eine einzige entwickelte Impfpustel schützt nicht vor Variola oder vor dem Erfolg der zweiten Impfung (Adde-Margras). Impft man von dem Inhalte dieser einen Pustel auf denselben Impfling, so bleibt der Erfolg selten aus. Bisweilen gelingt dies Experiment sogar, wenn ursprünglich zwei Pusteln angegangen waren. Die Schutzkraft der Impfung dauert nicht über 10 Jahre mit Sicherheit hinaus, sie nimmt von da an mit jedem Jahre ab. Bei einzelnen wenigen Personen haftet die Impfung nie, bei noch wenigeren lässt sie sich wiederholt mit vollem Erfolge ausführen: Vaccina gewährt keine Immunität gegen Vaccina. Endlich sind auch Fälle constatirt (Koposi theilt neuerdings einen von Lauer beobachteten mit) in welchen Vaccina nicht gegen Variola schützt. Diese 3 Arten anomalen Verhaltens gegen die Impfung sind jedoch so selten, dass kein Impfgesetz darauf Rücksicht nehmen kann. Dass bei einzelnen Impflingen keine Impfung Erfolg hat, erklärt sich vielleicht für einige aus intrauterin überstandener Durchseuchung oder aus der Thatsache, dass die erfolgreiche Impfung einer Schwangeren auch ihrer Frucht den Schutz der Impfung verleiht. Die zwangsweise Revaccination beim preussischen Militair im 21. Jahre ergibt bereits wieder bei 36—70% der Geimpften gute Pusteln. Nach den Versuchen der Lyoner Commission schien es, als ob die Pocken der Kuh und des Menschen verschiedene Krankheiten wären, als ob man von der Kuh auf den Menschen ächte Pocken (Variola vera) zurückimpfen könne. Die von Bohn, Bollinger u. A. vorge-

brachten Gründe scheinen jedoch zu erweisen, dass in der Regel die Pocken des Menschen durch Ueberimpfung auf die Kuh alsbald in die mehr locale, minder flüchtige Vaccine umgewandelt werden. — Impfpusteln ohne absichtliche Einimpfung entstehen beim Menschen sehr selten. Ich kenne einen derartigen Fall, wo eine krätzkranke Frau, mangelhaft bekleidet, ihr kürzlich geimpftes Kind bei sich im Bett liegen hatte; als die Pusteln am Arme des Kindes sich durch Zerkratzen eröffneten, bekam die Mutter den zugekehrten Arm voll Impfpusteln.

Die von Carnot angeregten, von Nittinger u. A. bei uns in einer minder wissenschaftlichen Weise popularisirten Zweifel über die Unschädlichkeit, den wirklichen Nutzen und die Berechtigung der zwangsweisen Impfung sind heutzutage bereits durch die Wucht der dagegen vorliegenden statistischen Beweismassen unterdrückt. Wegen der Impfung sollten Typhus und Scrophulose häufiger geworden sein. Die Schutzkraft derselben wurde, weil nicht in jedem Falle absolut nachweisbar, überhaupt angezweifelt; sie sollte ein unverantwortlicher Eingriff in die persönliche Freiheit des Staatsbürgers sein. Thatsächlich schützt die Impfung, wo sie mit vollem Erfolg ausgeübt wurde, Jeden genügend, nur nicht auf die Dauer seines ganzen Lebens, sondern auf etwa 10 Jahre. Dass gewisse Krankheiten seit ihrer Einführung häufiger geworden sind, lässt sich nicht bestreiten, aber auch nicht in irgend eine vernünftige Beziehung mit dem Impfzwange bringen. Die Freiheit des Einzelnen, sich gegen die Pockenerkrankung nicht zu schützen, würde für den Gesundheitszustand Anderer gerade dieselbe Bedeutung haben, wie die Berechtigung des Einzelnen, sein Haus zu seinem Vergnügen in Brand zu stecken. — Die Impfung muss frühzeitig vollzogen und rechtzeitig wiederholt werden. Das Deutsche Impfgesetz vom 8. April 1874 verlangt deren Vornahme vor Ende des Kalenderjahres das auf das Geburtsjahr folgt und vor Ende des 12. Lebensjahres. Zu Zeiten epidemischer Pockenverbreitung und in Berufsverhältnissen, die oft mit Pocken in Berührung bringen, kann öftere Wiederholung der Impfung räthlich erscheinen.

VII. Typhus, Fleckfieber, Kriegs-, Hungertyphus, T. exanthematicus, petechialis, Spotted fever.

Griesinger in Virchow's Handbuch Bd. II. Abth. II. 2. Aufl. pag. 120.
J. Theurkauf in Virchow's Archiv Bd. 43. p. 35: Ueber Typhus exanthematicus.
S. Rosenstein ibid. p. 377: Mittheilungen über Fleckfieber.

W. Wegner im Jahrb. d. Kinderheilk. n. F. I. 1. p. 35: Zur Pathologie und Therapie des exanthematischen Typhus.

Fr. Mosler: Erfahrungen über die Behandlung des Typh. exanthemat. Greifsw. 1868.

Langenbeck: Zur Pathologie des Typhus bei Kindern. Journ. d. Kinderkrankh. XXXVI. p. 58. 1861.

Rautenberg: Ueber Typhus exanthematicus bei Kindern. Journ. f. Kinder krankh. Bd. 56. S. 41.

Das Fleckfieber ist die früher gekannte der beiden Typhusarten, schon im 16. Jahrhundert von italienischen Aerzten beschrieben, die die eigentlich typhösen Symptome in höherem Maase darbietet. Seit den französischen Kriegen, wo sie durch ganz Deutschland durch die aus Russland flüchtende Armee verbreitet worden war, wenig mehr bei uns gekannt, nur Ende der 40ger Jahre in Schlesien stark auftretend, hatte diese Krankheit im Winter 1867/68 und seither wiederholt wieder eine durch den grössten nördlichen und östlichen Theil von Deutschland sich erstreckende epidemische Verbreitung erlangt.

Sie ist eine Krankheit der Hungerjahre, der Kriegslager, abgesperrter Festungen, unreinlicher Gefängnisse und Schiffe, hauptsächlich zusammengedrängter, unregelmässig lebender, nothleidender, unreinlicher Menschenmasen. Sie ist in eminentem Maass ansteckend. Der Ansteckungsstoff haftet den Effecten an, verbreitet sich aber auch in der Atmosphäre um die Kranken, und wird durch Einathmung entweder stets oder doch gewöhnlich in den Körper derer aufgenommen, die der Ansteckung ausgesetzt sind. Die Ansteckungsgefahr wächst mit der Concentration des in der Atmosphäre enthaltenen Ansteckungsstoffes und mit der Dauer des Aufenthaltes in derselben. Enge Räume, dicht belegt mit Typhuskranken und abgesperrt, enthalten das Contagium in der wirkungsfähigsten Dichtigkeit, Ventilation verhindert die Ansteckung. Einmalige Erkrankung schützt mit einiger Wahrscheinlichkeit. Das zeitweise Verschwinden der Krankheit in grossen Landstrichen und plötzliche Wiederauftauchen derselben zur Zeit öffentlicher Calamitäten macht es warscheinlich, dass ausser der contagiösen Verbreitung auch noch eine Epigenese stattfinde. Die Geschichte des ägyptischen Schiffes Sheah Gehaad, das 1861 das Fleckfieber nach Liverpool brachte und die Epidemie, die 1868 von den Eingeborenen in Algier verbreitet wurde, zeigen, dass hungernde, schmutzige, elende Menschencomplexe selbst typhusfrei bleiben und doch jedem, der mit ihnen in Berührung kommt, Typhus mittheilen können. Ueber

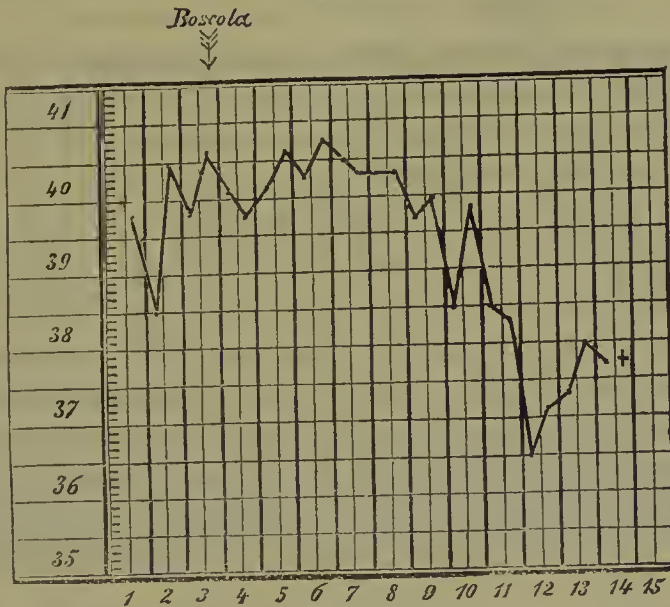
die Möglichkeit der Neuentstehung des Krankheitsstoffes kann darnach kaum Zweifel herrschen. Das Freibleiben dieser Leute selbst lässt sich vielleicht durch ein allmähliges, effectloses Einschleichen der Krankheitsursache in ihren Körper erklären. Die Krankheit befällt Leute jeden Alters, speciell das Kindesalter wird bis zur Säuglingsperiode herab befallen. Langenbeck bemerkt mit Recht, dass in manchen Epidemieen die Kinder sehr stark, in anderen fast gar nicht betroffen werden. Ist das Fleckfieber unter einer ganzen Bevölkerung allgemein verbreitet, wie in vielen englischen Städten, so werden auch Kinder reichlich mitbetroffen. So hatte Maclagan in Dundee unter 25000 Kranken 350 unter 10 Jahren. Das längere Zusammensein der Kinder mit ihren typhuskranken Elten sichert dann ihre Mitansteckung; wo es sich dagegen um Epidemieen mit dem Hauptsitze in Gefängnissen, Hospitälern, Lagern, Schiffen handelt, werden Kinder wenig mit betroffen. Man muss demnach die Kinder für ebenso erkrankungsfähig wie Erwachsene halten, nur berücksichtigen, dass sie in lichteren Epidemieen und in solchen, die unter Complexen erwachsener Menschen ihren Hauptherd finden, seltener der Ansteckung ausgesetzt sind. Manche Typhen kleiner Kinder mögen auch der Erkennung entgehen und so bei den Epidemieberichten ungerechnet bleiben.

Die Dauer der Incubation beträgt im Mittel 14 Tage. Die Angaben schwanken zwischen 8 und 19. Einige Differenzen in der Dauer dieses Zeitraumes scheinen, sicher durch äussere Umstände bewirkt, vorzukommen; doch darf für die grosse Mehrzahl der Fälle die Zahl von 14 Tagen als zuverlässig angenommen werden.

Bald ohne dass fieberhafte Vorboten vorausgegangen waren, bald nach unbestimmten, mehrtägigen, leicht febrilen Erscheinungen beginnt mit einem Frost der fieberhafte Krankheitsverlauf. Die Kranken sind schwer ergriffen, leiden an heftigem Kopfschmerz, häufig auch Glieder- und Rückenschmerzen, sind matt, schwer besinnlich, von stupidem Aussehen, stark geröthetem Gesicht. Der Schlaf ist unruhig, Appetit mangelt, oft tritt im Anfang Erbrechen ein; die Zunge ist weiss belegt, zum Trockenwerden neigend. Die Temperatur steigt rasch, meist schon im Frost oder, wo dieser fehlt, am ersten Abend auf 40—40,5°. Während der nächsten 3—4 Tage findet jedes Mal des Morgens eine Remission statt, des Abends eine Steigerung, die höher führt als am vorausgegangenen Abend. Während der zweiten Hälfte der ersten Woche sind die Abendtempera-

turen etwas niedriger, um 40 herum, des Morgens finden Remissionen von etwa $^1/_2{}^0$ statt. In der zweiten Woche sind die Tempera-

Fig. 16.

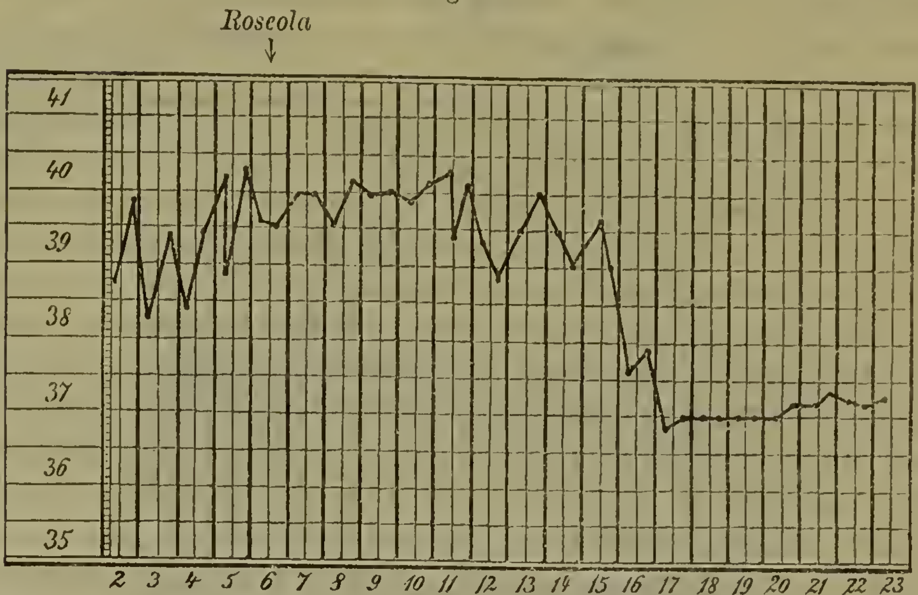


Typhus exanthematicus eines 22jährigen Mannes. Tödtlicher Ausgang am 14. Tage.

turen, immer noch Morgens remittirend, wieder ebenso hoch wie Anfangs. Meist um den 14. Tag, in leichten Fällen früher, in schweren etwas später, findet, oft nachdem am 12. Tage ein Temperaturnachlass eingetreten war, in einigen Fällen eine complete Krise, häufiger eine während mehrerer Tage mit einigen Unterbrechungen, aber immerhin noch rasch genug sich vollziehende Entfieberung statt. Nur wo Nachkrankheiten störend eintreten, steigt die Temperatur später wieder. Das Maximum der Tagtemperatur findet sich meist zwischen 3 und 6 Uhr Nachmittags, kann aber zwischen 2 und 10 Uhr Nachmittags auf jede Zeit fallen (Rosenstein). Die Harnmenge ist vermindert, kann jedoch durch reichliches Trinken vermehrt werden. Der Kochsalzgehalt des Harnes ist bedeutend vermindert, die tägliche Harnstoffmenge ist Anfangs constant vermehrt, im späteren Verlaufe in Folge des Hungerns vermindert (Rosenstein). Bei andauernden hohen Temperaturen enthält der Harn Eiwiss, mitunter solches, das durch Kochen und Salpetersäure-Zusatz nicht, sondern erst durch Behandlung des Harns mit absolutem Alkohol nachgewiesen werden kann. Der Puls ist gross, weich, und häufig dicrot. Seine Frequenz wird durch das Sitzen oder Liegen der Kranken nicht besonders beeinflusst, sie

steigt und sinkt ziemlich genau in dem Maasse wie die Körperwärme. Eintretende Schwächezustände des Herzmuskels können ein

Fig. 14.



Typhus exanthematicus eines 23jährigen Mannes. Unterbrochene Krise vom 15. bis 17. Tage.

einseitiges Steigen des Pulses von sehr ungünstiger Vorbedeutung in der späteren Zeit der Krankheit bewirken. Die Milz schwillt schon in den ersten Tagen der Krankheit an, erreicht bald etwa die doppelte Breite, überschreitet mit ihrer Spitze den Rippenbogen und kann, da alle Unterleibserscheinungen fehlen, namentlich keine Auftreibung des Bauches stattfindet, meist mit Leichtigkeit gefühlt werden. Zu den Fiebererscheinungen tritt nach 3—6 Tagen ein Hautausschlag hinzu in Form leicht erhabener, kleiner, rosarother Flecke, die gruppenweise in rascher Aufeinanderfolge zum Vorschein kommen. Sie beginnen häufig am Rumpf, breiten sich aber binnen sehr kurzer Zeit auch auf die Extremitäten aus. Sie werden in den nächsten Tagen durch dazwischen neu auftauchende einzelne oder leicht gruppirte Flecken immer reichlicher, bis sie den grössten Theil der Hautoberfläche einnehmen. Auch das Gesicht kann mitbefallen werden. Sie können einfach wieder verschwinden, oder, und das geschieht häufiger, auf der Höhe ihrer Entwicklung eine bläuliche Färbung annehmen, die bei Fingerdruck nicht ganz verschwindet, sich mehr und mehr steigert und in ausgesprochene, blaurothe oder blauschwarze Petechien übergeht. Bei Kindern fehlt das Exanthem verhältnissmässig oft, oder ist spärlich, oder wandelt sich wenigstens nicht in Petechien um.

Gleichzeitig bekommt in schweren Fällen die Haut im Ganzen eine düstere, blaugraue, etwas marmorirte Färbung, in leichteren kann die petechiale Umwandlung des Hautausschlages ganz fehlen, selbst die Roseola verschwindend schwach ausgesprochen sein. Während der Reconvalescenz findet eine Hautabschuppung ähnlich wie nach Masern Statt. Von sonstigen krankhaften Erscheinungen an der Haut sind noch zu erwähnen: das nicht ganz seltene Auftreten des Herpes facialis einige Tage nach Beginn der Krankheit, das Erscheinen zahlreicher Schweissbläschen am Stamm nach der Krise; als Nachkrankheit endlich Furunkel, Decubitus in der Kreuzbeingegend und verwachsene marmorirte Erytheme vor dem Beginne der Roseola.

Die Krankheit hat einen sehr sicheren, den Stadien nach dem acuter Exantheme ähnlichen Gang; ein 14tägiges Incubationsstadium und eine etwa ebenso lange Dauer der eigentlichen Krankheit. Von letzterer sind die ersten 3—9 Tage einfach fieberhafter Art, analog dem Prodromalstadium der acuten Exantheme. Hier dauert im Gegensatz zu jenen das Fieber während der nun folgenden verschiedenen Phasen des Hautausschlages an, bis beide gleichzeitig rückgängig werden, um etwas pflegt jedoch die Dauer der Petechien über die Krise hinauszureichen. Die Fälle sind günstige, in welchen nach der Krise der Kranke alsbald aus seinen Delirien erwacht und unter langem Schlaf, reichlichen Schweissen und massenhafter Harnabsonderung unmittelbar in Reconvalescenz eintritt. In schweren Fällen dauern die Delirien trotz der Entfieberung fort; sie sind dann eigentliche Hungerdelirien, die mit Wein, starker Fleischbrühe und Morphium bekämpft werden müssen. Während die Temperatur unvollständig sinkt, kann sich Herzschwäche entwickeln, so dass der Puls einseitig steigt, klein wird, während die Herzdämpfung sich verbreitert, und die Herztöne schwach werden. Als Complicationen hat man einfache Geschwürsbildungen oder Perichondritis am Kehlkopfe, Bronchitis, hypostastische oder ächte Pneumonie, Entzündung der Ohrspeicheldrüse, Gangrän der Haut oder der Schleimhäute, des Mundes oder der Genitalien, parenchymatöse Nierenerkrankung beobachtet. Trotz der absolut hohen Temperaturen, die erreicht werden, trotz der durchaus ungünstigen Verhältnisse, unter denen so viele Fälle von Fleckfieber verlaufen, ist die Mortalität dennoch im Durchschnitte gering, schwankt meist zwischen 3 und 10%, kann jedoch unter ganz besonderen Verhältnissen bis auf Null sinken, oder beträchtlich über 10 ansteigen. Bei Kindern beträgt sie beträchtlich weniger als bei Erwachsenen.

Sie schwankt etwa in den verschiedenen Epidemieberichten zwischen 0 und 5 %. Dundee hatte z. B. nach Maclagan 2—3 % Mortalität. Rautenberg verlor von 57 Fällen nur einen. Dieser leichtere Verlauf bei Kindern scheint nicht begründet zu sein in absolut niedereren Temperaturen, sondern eher in kürzerem, regelmässigerem und von Complicationen freierem Gange der Krankheit. Es ist zu hoffen, dass die Hauptgefahr der Krankheit, die in der Höhe der Körperwärme und in den von hier aus entstehenden Schwächezuständen liegt, durch die neuere Behandlungsweise der Krankheit ziemlich vollständig unwirksam gemacht werden wird. Man ist gezwungen anzunehmen, dass viele Complicationen, die neue Gefahr bringen, selbst von der hohen Körperwärme abhängig sind, dass somit noch weitere indirecte Vortheile aus der rein antifebrilen Behandlungsweise hervorgehen. —

Die Diagnose hat an denjenigen Orten, wo die Krankheit nach langen Jahren oder überhaupt zum ersten Mal auftritt, ihre Schwierigkeit bei den ersten Fällen; namentlich Kranke, die erst nach dem Abblassen des Exanthems, vielleicht mit secundärer Pneumonie behaftet, zur Beobachtung kommen, können leicht gänzlich falsch beurtheilt werden. In dieser Beziehung gelten folgende Regeln: Die Krankheit tritt fast nie sporadisch auf; die Frage: Wo war der Kranke 14 Tage vor Beginn seines Leidens? wird fast immer den Zusammenhang dieses letzeren mit einer in der Nähe herrschenden Epidemie erkennen lassen. Der starke Fieberanfall im Beginn, die frühzeitige umfangreiche Schwellung der Milz haben Aehnlickeit mit dem, was man bei Variola beobachtet, aber die Remissionen der Temperatur sind geringer, und nach 3 Tagen erscheint die reichliche, gruppirte Roseola, die sich nicht in Pusteln, sondern in Petechien umwandelt. Nach 10—12 Tagen tritt ein rascher und vollständiger Temperaturabfall ein, später als bei einer Pneumonie, vollständiger als irgend jemals beim Abdominaltyphoid. Verwechselungen sind namentlich möglich mit der letztgenannten Krankheit, mit den Masern, Pneumonie und acuter Tuberculose. Vom Typhoid unterscheiden das frühzeitige hohe Steigen der Temperatur, die Schwellung der Milz vom Beginn an, die frühere und reichlichere Eruption des Exanthems, der Mangel häufiger Durchfälle, und, wenn bis dahin noch Alles zweifelhaft geblieben sein sollte, der kritische Ausgang der Krankheit. Unregelmässige Fälle werden von Masern manchmal überhaupt nicht zu unterscheiden sein, meist jedoch ist die Form der Temperatur-

curve verschieden, der Hautausschlag früher und reichlicher am Rumpf als am Kopf vorhanden, von Anfang an umschriebener und in kleineren Papeln zusammengedrängt als bei Masern, der begleitende Schleimhautkatarrh ein geringerer, späterer und tiefer sitzender. Einzelne Fälle acuter Tuberculose liefern einen ähnlichen Hautausschlag, selbst einen nahezu gleichen Fieberverlauf, nur bleiben die Temperaturen niederer und treten unmotivirte stärkere Remissionen ein; die Milzanschwellung ist geringer, die physikalische Untersuchung der Brust zeigt fast jedes Mal Spuren älterer Verdichtungen, und die reichlichen Schweisse, die jener Krankheit eigen sind, werden nicht leicht fehlen. Endlich mit Lungenentzündung werden Verwechselungen nur dann vorkommen können, wenn die Kranken erst sehr spät in Beobachtung eintraten, und den besten Aufschluss werden sorgfältige Forschungen über den seitherigen Verlauf des Leidens abgeben können.

Fleckfieberkranke müssen abgesperrt, ihre Effecten durch siedendes Wasser, Chlor- oder Terpentindämpfe desinficirt werden, reichliche Lüftung muss die die Kranken umgebende contagiöse Luft verdünnen und unschädlich machen. Man wird gut thun, die Kinder aus den Häusern von Fleckfieberkranken wegzuschicken, um sie vor Ansteckung zu schützen. Reconvalescenten von anderen Krankheiten scheinen besonders gefährdet zu sein. Auch die B e h a n d l u n g der Kranken selbst erfordert kühle Temperatur, reichliche Lüftung, leichte Bedeckung, häufige Darreichung von kühlem Getränk, am Besten Brunnenwasser. In den ersten Tagen verbietet die Appetitlosigkeit jede andere als eine Suppen- und Milch-Diät; aber sehr bald muss man suchen, durch starke Fleischbrühe, Eigelb, Wein in dreisten Dosen, nöthigenfalls Branntwein die Kräfte zu heben und zu erhalten. In den meisten Fällen bedarf es keines Grammes eines Arzneimittels. Die Abkühlung des Körpers durch kalte Begiessungen, Bäder oder Einwickelungen genügt, um die Gefahr der Krankheit mit der Körperwärme herabzusetzen. Solche Abkühlungen müssen dreistündlich, so oft die Temperatur 39,5° überschritten hat, erneuert werden. In der Zwischenzeit muss ihr Erfolg erhalten werden durch kalte Umschläge auf Kopf, Brust und Bauch; auch durch grössere Dosen Chinin kann die Bekämpfung der andauernd hohen Körperwärme unterstützt werden. Während der Reconvalescenz müssen die Kranken sehr reichlich genährt und durch Wein oder Bier gestärkt werden. Die enorme Blässe, Abmagerung und Mattigkeit, welche die Krankheit

zurücklässt, kann späterhin auch noch den Gebrauch von Stahlbrunnen oder Eisenpräparaten nöthig machen, die zur Nachcur sehr zu empfehlen sind. Wo zur Zeit der Wendung der Krankheit nicht von selbst sich langer, ruhiger Schlaf einstellt, sondern trotz des Sinkens der Temperatur Delirien andauern, auffallend ähnlich jenen des Alkoholismus, Zittern und Muskelunruhe fortbestehen, ist der abendliche Gebrauch des Morphiums sehr zu empfehlen. Starke Bronchitis macht den Gebrauch der Ipecacuanha nöthig. Gerade bei Kindern wird man oft mit den kalten Umschlägen allein oder einzelnen kühlen Einwicklungen daneben durchkommen, in den meisten Fällen sicher aller Medicamente entbehren können.

VIII. Typhoid. Abdominaltyphus, Nerven-, Schleimfieber, Ileotyphus, Fièvre typhoide.

Rilliet et Barthez: Mal. des enfants, éd. II. Bd. II. p. 663.
Löschner: Der Typhus der Kinder. Prag. Vierteljahrschr. Bd. IX. pg. 6.
Friedleben: Griesinger's Archiv 1848. Heft 1.
Edm. Friedrich: Der Abdominaltyphus der Kinder. Dresd. 1856.
Langenbeck: Zur Pathologie des Typhus bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten XXVI. p. 58.
M. Seidel: Beitrag zur Lehre vom Ileotyphus. Jen. Zeitschr. Bd. IV. H. 3 u. 4.
Henoch: Ueber den T. abdom. des des Kindesalters. Charité Annale. 1875. S. 540.
O. v. Hüttenlmezner: Ueber den Ileotyphus im Kindesalter. Wiener Klinik, Aug. 77.

Das Typhoid, dessen erste Beschreibung man bei Morgagni findet, ist als Kinderkrankheit, wenn man von der vortrefflichen Abhandlung von Rilliet und Barthez absieht, erst durch die Temperaturmessungen, die von der Leipziger Schule ausgegangen sind, recht zur Geltung gekommen. Die Temperaturmessung hat nicht allein die Diagnose der Krankheit und die genauere Kenntniss ihres Verlaufes, sondern auch die wirksamste Behandlungsweise derselben ermöglicht. Das Typhoid findet sich bei jedem Alter, selbst bei einem 3wöchentlichen Kinde ist es von Buhl, bei einem 5tägigen von Bednar anatomisch nachgewiesen worden. Charcellay zweifelt nicht, dass die Typhusgeschwüre, die er im Ileum eines 8tägigen von Geburt an kranken Kindes einer gesunden Mutter fand, auf angeborener typhoider Erkrankung beruhten. Ein Beweis, dass auch diese Infectionskrankheit, ohne die Mutter zu inficiren, durch ihr Blut auf ihre Frucht übertragen werden kann.

Charcellay bringt noch eine Beobachtung von einem 15tägigen Kinde, das am 8. Tage der Krankheit starb. Die grösste Häufigkeit fällt allerdings in die Blütejahre des Mannesalters, doch steht 1/5 der Kranken unter 15. J. (Murchison). Eine zweite geringere Häufung der Erkrankungen betrifft die Kindheit etwa zwischen dem 5. und 11. Lebensjahre. Fast allenthalben erlangen die Typhoiderkrankungen ihre grösste Häufigkeit im Beginne des Herbstes, nachdem sie im Spätsommer begonnen haben. Von da erstrecken sie sich je nach der Heftigkeit der Epidemie mehr oder weniger tief in den Winter bis gegen das Frühjahr hin fort. Einzelne Jahre bringen für viele Orte grosse Epidemieen, andere lassen selbst in jenen grossen Städten, wo die Krankheit Jahr aus Jahr ein herrscht, nur eine geringere Ausbreitung zu. Eine Erklärung für dieses Verhalten hat zuerst Buhl in dem von ihm für München nachgewiesenen Zusammenhange zwischen dem Fallen des Grundwassers und der während der nächsten Wochen erfolgenden Zunahme der vorhandenen Typhoiderkrankungen angebahnt. Mit vielem Geschick hat Liebermeister versucht, einen Zusammenhang herzustellen zwischen dieser Thatsache des Grundwassereinflusses und zwischen dem längst vermutheten Einflusse der Trinkwasserverunreinigung. Bei jeder grösseren Epidemie sollte sich die Aufmerksamkeit zuerst auf das Trinkwasser wenden. Die Bedeutung des Trinkwassers als Verbreitungsmittel des Typhoidkeimes ist durch eine Reihe guter Beobachtungen, unter welchen diejenige von Hägler, das Dorf Lausen betreffend, die beweisendste ist, so festgestellt, dass man allen Grund hat, überall, wo viele Menschen binnen kurzer Zeit erkranken, die Abstammung und chemische Zusammensetzung des Trinkwassers zu prüfen. Das Typhoidgift aus Aborten, in die Stühle Typhoidkranker entleert wurden, in Wasserleitungen, Brunnen hereingesickert, ist in enormer Verdünnung wirksam. Sogar mit solchem Wasser versetzte Milch kann die Krankheit erzeugen (von Ballard beschriebene Epidemie in Islington). Solcher Milchepidemieen sind in neuerer Zeit eine ganze Reihe beschrieben worden. Auch durch den Genuss des Fleisches typhoidkranker Thiere kann die Infection erfolgen. Wasser, von dem 1 Ltr. mehr als 0,004 Salpetersäure, mehr als 0,05 org. Substanz (mit Chamäleonlösung bestimmt) oder irgend erhebliche Mengen Ammoniak enthält, ist als Trinkwasser zu verwerfen.

Nächst dem Trinkwasser spielen die wichtigste Rolle in der Aetiologie des Typhoids die Wohnräume. Einzelne Häuser, seltener

ganze Strassen werden in jedem Jahr oder doch in jeder grösseren Epidemie wieder Herde der Erkrankungen. Die umgebenden bleiben trotz des gleichen Trinkwassers verschont. Diese Haustyphen sind es hauptsächlich, die das Kindesalter stark mit betreffen. Sie lassen sich häufig zurückführen auf von Excrementen durchsickerten Untergrund, oder fehlerhafte Anlage der Kloaken. Bei ihnen muss man annehmen, dass das Gift eingeathmet, also von der Respirationsfläche aus in's Blut aufgenommen werde. Noch beweisender für diesen Weg der Infection sind die Erkrankungen von Personen, die kurz zuvor mit der Räumung von Gruben beschäftigt waren, in welche notorisch, vielleicht vor Jahr und Tag Stühle Typhuskranker entleert worden waren (Gietl). Hieraus muss man zugleich entnehmen, dass der betreffende Stoff nicht etwa in rascher Umsetzung begriffen, sondern im Gegentheil sehr haltbar, gegen äussere Verhältnisse widerstandsfähig sei.

Endlich gehört in das Gebiet der durch Inhalation entstandenen Erkrankungen auch jene, die durch directe Uebertragung am Krankenbett verursacht ist. Diese directe Contagion des Typhoids wird gegenwärtig vielfach unter Ueberschätzung des Trinkwasser- und Kloakeneinflusses bestritten, oder wenigstens nur für die Fäcalstoffe, nicht für den Körper der Kranken zugegeben. Den zahlreichen in dieser Richtung beweisenden Fällen gegenüber, die man bei dem eingehenden Studium lichterer Typhoidepidemieen vorfindet, dürfte es schwer fallen, zu beweisen, dass das Typhoidgift nur von Gesunden inhalirt, nicht auch von Kranken exhalirt werden könne. Für diese Fälle directer Uebertragung ergibt sich bei uns eine 3—4wöchentliche Incubationsdauer, die übrigens im Norden länger, im Süden kürzer zu sein scheint. Die Versuche, der Natur des Typhoidgiftes näher zu kommen, haben einerseits dahin geführt, dasselbe ganz allgemein als ein putrides zu bezeichnen und aus allen faulenden thierischen Substanzen abzuleiten — gewiss mit Unrecht —, andererseits es für gebunden zu erachten an gewisse pflanzliche Gebilde. Der Nachweis hiefür würde geliefert sein, wenn es gelänge, durch Einführung solcher Pilzkeime in den Körper Typhoid zu erzeugen.

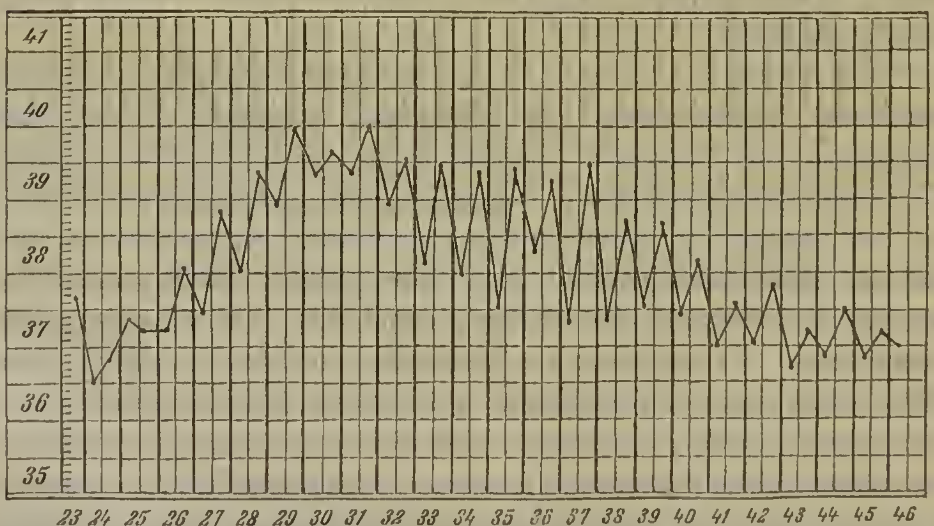
Speciell für das Kindesalter findet sich die grösste Zahl der Typhoiderkrankungen zwischen dem 5. und 11. Lebensjahre; am Wenigsten, aber am Schwersten betroffen ist das erste. Knaben erkranken in etwas grösserer Zahl wie Mädchen; dafür ist bei letzteren die Mortalität etwas grösser. Nach West mehr Mäd-

chen (vide Murchison). Da einmalige Erkrankung an Typhoid mit enormer Wahrscheinlichkeit gegen jede spätere schützt, kann darin eine der Ursachen liegen, wesshalb bei manchen Epidemieen kleinerer, früher schon durchseuchter Orte fast nur Kinder betroffen werden. Hie und da will man gefunden haben, dass die Erkrankungen der Kinder erst gegen Ende der Epidemie an die Reihe kamen (Sauer). Ein geringes Befallenwerden der Kinder, wenigstens der jüngeren, wird insoweit zu erwarten sein, als die Epidemie hauptsächlich durch das Trinkwasser sich verbreitet; handelt es sich dagegen um Haustyphen oder um directe Contagion am Krankenbett, so werden die Kinder stark mit betroffen sein, in ersterem Falle als die schwächeren Organismen häufig zuerst ergriffen werden. Von diesen Gesichtspunkten aus erscheinen die sämmtlichen Besonderheiten in der Betheiligung der Kinder an Typhoidepidemieen vollständig erklärbar. Die oben erwähnte Beobachtung Bednar's von Typhoid bei einem 5tägigen Knaben und eine weitere von Manzini macht es wahrscheinlich, dass der Krankheitsstoff die Placentarcapillaren zu durchdringen vermöge. Die schöne Beobachtung Fiedler's, dass der Fötalpuls bei typhösen Schwangeren genau der Temperatur der Mutter folgt, ist irrig dahin gedeutet worden, dass auch der Fötus an Typhus leide. Sie zeigt nur, dass in heisserem Blute das Herz schneller pulsirt. Nach 6 negativen Beobachtungen glaubte ich, dass die Krankheit durch die Muttermilch nicht auf den Säugling übertragen werde. Entgegenstehende Beobachtungen von Hérard u. A., sowie auch neuerdings aus meinem Wirkungskreise zeigen doch, dass auch diese Uebertragungsweise vorkommt.

Die Krankheit beginnt mit geringen Anfangserscheinungen Mattigkeit, Appetitmangel, Kopfschmerz, unruhigem Schlaf, bald unmittelbar mit Diarrhöe, bald auch bei älteren Kindern, ähnlich wie es bei Erwachsenen die Regel ist, mit mehrmaligem Frösteln. Wo der Anfang ein deutlich ausgesprochener ist, beobachtet man ein Ansteigen der Temperatur, das während des Tages etwa 1° beträgt, während der Nacht dagegen um etwa $\frac{1}{2}$° rückgängig gemacht wird. So während der ersten halben Woche. Bei Kindern gerade kann dieser Abschnitt des ansteigenden Fiebers kürzer werden und steiler ansteigen, so dass z. B. in einem Falle das Maximum des ganzen Verlaufes 40,2° C. schon am Abende des 2. Tages erreicht wurde. Von da an bleiben die Abendtemperaturen während 1—1½ Wochen etwa auf der gleichen Höhe von 39½—41° C.,

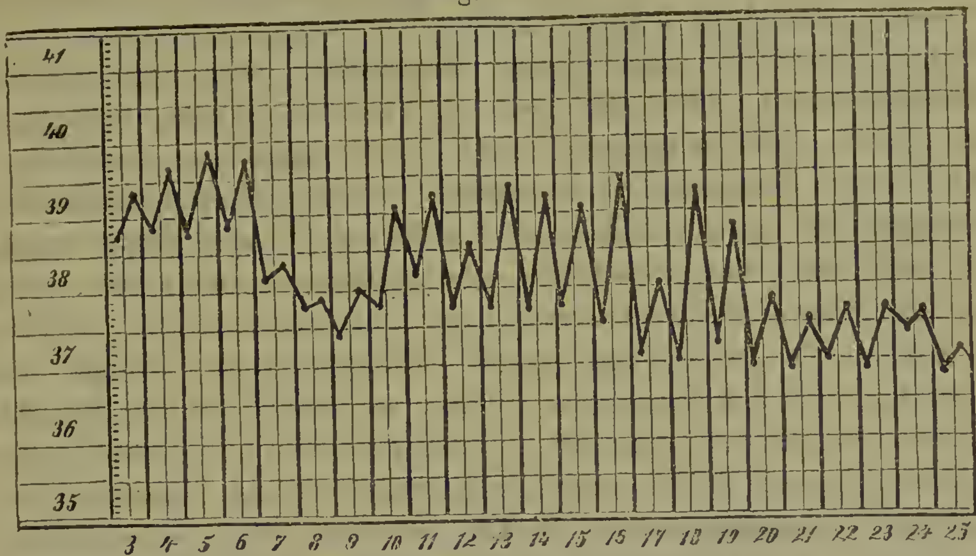
meist um 40 herum, während des Morgens jedes Mal eine Remission von einigen Zehnteln stattfindet. Bei Erwachsenen um den 11. Tag etwa, bei Kindern oft einige Tage früher, tritt eine stärkere Morgen- und Abendremission ein. Mitte der 2. Woche oder gegen die 3. hin beginnen grössere Abfälle des Morgens sich einzustellen, die 1—1½° betragen; dann werden auch die Abendtemperaturen niederer. So werden binnen 1—1½ Wochen, wenn nicht Complicationen oder Nachkrankheiten neue Fieberbewegungen dazwischen werfen, die normalen Grenzen der Körperwärme wieder erreicht. Unter 14 in meiner Klinik genau verfolgten Kindertyphoiden fiel das Maximum der Temperatur 8 Male auf den 7. bis 10. Tag, das höchste Maximum betrug 41° C., das niederste 39°. Unter 13 indifferent behandelten Heilungsfällen erreichte zuerst wieder normale Morgentemperatur einer am 9. Tag, einer am 14., sieben zwischen dem 17. und 20. Tag, einer am 26. Die meisten Kindertyphoide gehören zu der leichteren Form der Krankheit, d. h. die steileren Curven, durch grosse Morgenremissionen entstanden, stellen sich schon im Laufe der 2. Woche ein und führen im Laufe von ½—1½ Wochen zur völligen Entfieberung. Nur in wenigen Fällen werden absolut sehr hohe Temperaturen erreicht, ein etwas unregelmässiger Verlauf lässt selten hohe Grade lange andauern, selten endlich geschieht es, dass der Verlauf in der Art der schweren Krankheitsform sich gestaltet. Geringere Unregelmässigkeiten des Verlaufes,

Fig. 18.



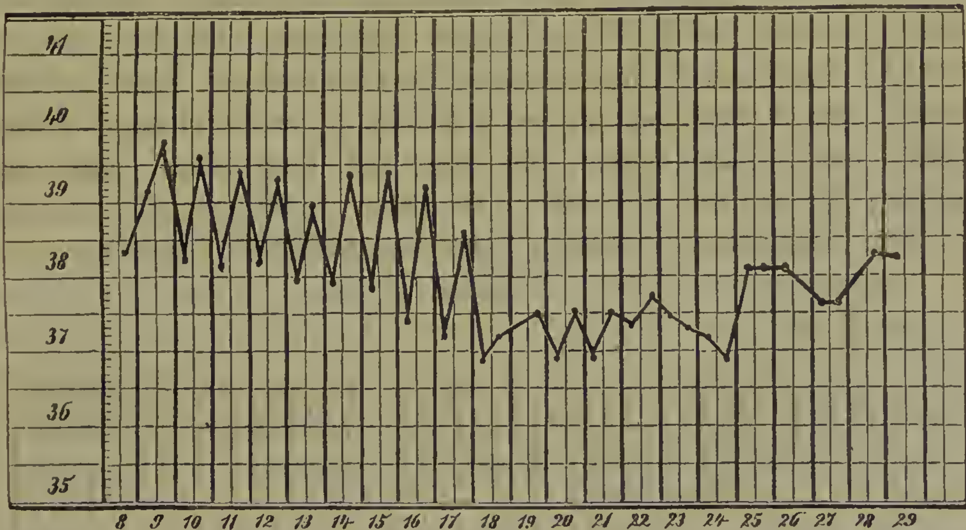
Typhoid. Recidiv bei einem 12jähr. Knaben am 26. Krankheitstage. Anfangstheil der Curve bis zum 29. Tage, der descendirenden vom 37. Tage an.

Fig. 19.



Typhoidcurve eines 8jähr. Knaben. Indifferente Behandlung. Starke Remission vom 7.—10. Tage.

Fig. 20.



Leichter Verlauf des Typhoids bei einem 8jährigen Mädchen. Charakteristische Defervescenz vom 15. bis 18. Tage. Fiebererregende Nachkrankheiten.

die bei Erwachsenen schon von sehr ernster Bedeutung wären, können bei Kindern vorkommen, ohne auf jene schwerere Form hinzudeuten. Wenn diejenige Remission, die in der Mitte der 2. Woche eintreten soll, vergebens auf sich warten lässt, und ein unregelmässiger, oft zum zweiten und dritten Male auf oder über das Maximum zurückkehrender Fiebergang sich einstellt, unter schwerer Postration und starken Unterleibserscheinungen, dann liegt diese Verlaufsweise vor. Der gewöhnliche Fieberverlauf pflegt bei Kin-

dern kürzer zu dauern und trotz geringer gradueller Unterschiede leichter ertragen zu werden; namentlich fallen die nervösen Symptome geringer aus. Die Delirien sind weniger heftig, an Stelle der Bewusstlosigkeit wird eine nicht zu tiefe Schlafsucht beobachtet. Die Sprache wird undeutlich lallend, das Vorhandensein von Sinnestäuschungen lässt sich aus dem Inhalte der Delirien entnehmen; der Kopfschmerz und namentlich der Schwindel ist im Anfang heftig, oft von Erbrechen begleitet. Der Puls ist gross und weich, schon im Kindesalter häufig deutlich dicrot. Bei Kindern hat ein Frequenterwerden bei Aufregung oder Körperbewegung weniger Bedeutung, als bei Erwachsenen. Was das Verhältniss von Pulsfrequenz und Temperatur betrifft, so finde ich constant folgende Norm: Jenseits des 10. Jahres bleibt zwischen 38,0 und 40,5 die Puls- unter der Temperaturcurve zurück, so dass etwa 40° und 38,5° an Pulsen 110—120 und 90—100 entsprechen; beim Normalwerden der Temperatur stellt sich das Verhältniss von 37 : 80—90 her (Typus der Erwachsenen). Bei Kindern unter 6 Jahren treffen beide Curven in den hohen Temperaturen zusammen der Art, dass 40 und 38,5 Graden 140 und 120 Schläge entsprechen. Beim Normalwerden macht sich die grössere Frequenz des kindlichen Pulses geltend, die Pulscurve läuft über jener der Temperatur, 37,5° entsprechen etwa 120, 37° etwa 110 Pulse. Zwischen dem 6. und 10. Jahr liegende Altersstufen zeigen ein mittleres Verhalten.

Die Harnmenge ist trotz reichlichen Trinkens vermindert, die Chloride ganz besonders. Die Milzschwellung ist fast constant, hält jedoch einen mässigen Grad ein und verursacht nur selten Schmerzen, Reibegeräusch in der linken Seite oder sonstige perisplenitische, durch Spannung der Kapsel erzeugte Erscheinungen. Die Diarrhöe beginnt bisweilen frühzeitig, erreicht selten eine sehr grosse Häufigkeit und bietet wohl öfter, aber keineswegs constant, das erbsenbreiartige Aussehen, das bei Erwachsenen als charakteristisch gilt. In meinen Jenaer Fällen fehlte die Diarrhöe mehrmals ganz, einmal trat sie am 2., einmal am 4. Tage auf, sonst erst in der 2. Woche oder noch später. Die Zahl Derer, die in der ersten Woche an Stuhlverstopfung leiden, wird sehr verschieden angegeben von R. und B. auf 1/4, von Friedrich auf 1/9 der Kranken. Wahrscheinlich hat darauf der Ort, an welchem der Ansteckungsstoff aufgenommen wurde, mit Einfluss in der Art, dass bei Aufnahme von Seiten des Darmkanals die pathologisch-anatomischen Veränderungen an dieser Stelle früher in Gang kommen und eine höhere

Entwickelung erreichen. Der Unterleib ist mässig aufgetrieben; statt des Ileocöcalschmerzes beobachtet man häufiger verbreitete Empfindlichkeit bei Druck auf die vordere Bauchwand. Perforation und Darmblutung sind ausserordentlich selten. Katarrh der Mundhöhle, Schwerhörigkeit durch Fortleitung desselben auf das mittlere Ohr, Anfangs weissbelegte, später rothe, glatte, zur Trockene neigende Zunge gehören zum Bilde der Krankheit. Schwereren Fällen kommt trockene, rissige Zunge, brauner Beleg an Lippen und Zahnfleisch zu. Roseola, leicht papulöse, rosarothe Flecken darstellend, ist nahezu constant, hat zum Hauptsitze die Grenze zwischen Brust und Bauch, stellt sich hie und da auch an Rücken und Extremitäten in einzelnen Flecken ein, bleibt jedoch in Uebereinstimmung mit der geringen Entwickelung der übrigen Krankheitserscheinungen spärlich. Das erste Auftreten derselben fällt meist zwischen den 7. und 10. Tag, oft auf eine frühere, selten auf eine spätere Zeit. Den ersten Flecken reihen sich in den nächsten Tagen weitere an, jeder verschwindet spurlos wieder nach 2—6 Tagen. Gruppirter Bläschenausschlag im Gesichte (Zoster febrilis) kommt nicht so selten als bei Erwachsenen vor und zwar zu den verschiedensten Zeiten des Verlaufes, besonders bei Recidiven; er ist Folge rascher Temperatursteigerungen. Während der Rückbildungsperiode schwerer Fälle kommen an der Haut Abscesse, Furunkel, kaum jemals bei Kindern Decubitus vor, am Munde und Rachen sind Soor oder croupöse Entzündung hie und da beobachtet. Bronchialkatarrh gehört in den leichten Fällen, geringe Atelektase an den Rändern der unteren Lappen in den schwereren zu den regelmässigen Erscheinungen; ausgedehntere Hypostasen, croupöse Pneumonieen, hämorrhagische Infarcte, Lungenbrand, Kehlkopfsgeschwüre gelten im Kindesalter als verhältnissmässig seltene Beigaben. Auch Thrombosen, Entzündung der Ohrspeicheldrüsen und parenchymatöse Nierenentzündung treten seltener bei Kindern im Gefolge des Typhoids auf.

Die Prognose ist überwiegend günstig. Während bei Erwachsenen auf 5—6 Erkrankungen im Durchschnitt ein Todesfall kommt bei exspectativer Behandlung, findet sich bei Kindern auf 9—13 einer. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auch diese Mortalität, ebenso wie die der Erwachsenen, durch die neueren Behandlungsweisen auf 0—3 % herabgesetzt werden wird. Dennoch ist es von Interesse, von den Gründen des leichteren Verlaufes im Kindesalter so weit möglich sich Rechenschaft zu geben. Wenn man auch annehmen wollte, dass Kinder im Ganzen ihre Organe unversehrter in

die Krankheit hereinbringen, als die meisten schon durch verschiedene Krankheiten durchgegangenen Erwachsenen, so würde das doch wenig Geltung haben der bekannten Erfahrung gegenüber, dass von den Erwachsenen gerade die kräftigsten, zuvor gesundesten Leute am Schwersten betroffen zu werden pflegen. Als Alterseigenthümlichkeit allein den leichten Verlauf aufzufassen, hat gerade nicht viel Befriedigendes. Eine annehmbare Erklärung scheint aus dem Zusammenhalten des anatomischen Befundes, des Verlaufes und der Entstehungsweise sich zu ergeben. Der anatomische Befund bezieht sich meist auf die erste Periode, da die Todesfälle im Kindesalter durchschnittlich früher als bei Erwachsenen, bei Säuglingen mitunter schon in den ersten Tagen der Krankheit erfolgen. Man findet ausser der wenig geronnenen Beschaffenheit des Blutes, der braunen straffen Musculatur, einiger Hyperämie der Hirnhäute und der unteren Lungenlappen zunächst die Schwellung der Milz fast constant vor. Am Darme finden sich die Solitär-Follikel und Peyer'schen Plaques geschwellt, an letzteren jedoch nur die Follikel selbst von der charakteristischen, markig aussehenden Zellenwucherung eingenommen, das Zwischengewebe und die tieferen Schichten unversehrt. Dadurch und durch die Seltenheit der Verschwärung ist die Form ausgezeichnet, die durch die «Plaques molles» bezeichnet wird. Am Entwickeltsten ist der Process, wie immer, in der Nähe der Klappe. Hier kommen wohl auch einzelne seichte Geschwüre vor, aber tiefer dringende sind so selten, dass R. und B. unter 111 Fällen Perforation nur einmal beobachteten. Die Mesenterial-Drüsen zeigen sich geschwellt oft bis zu Pflaumengrösse, am Stärksten dort, wo die Erkrankungen des Darmes am Meisten entwickelt sind, also in der Klappengegend. Das Kolon ist selten, Magen und Gallenblase fast nie von der typhösen Neubildung mit betroffen.

Mit dem Maasse und der Art der anatomischen Veränderungen im Darm steht die Unterscheidung von leichten und schweren Typhoidfällen in innigem Zusammenhang. Selbst wo man ganz überwiegend die Temperaturverhältnisse zum Maassstabe nimmt, wie W u n d e r l i c h in seinem Buche über die Eigenwärme in Krankheiten gethan hat, kommt man zu dem Schlusse, die leichten Fälle als diejenigen zu bezeichnen, in welchen es im Darm nur zur Bildung von Plaques molles kommt mit wenigen Geschwüren, die schweren Fälle aber als diejenigen, wo Plaques dures an zahlreichen Stellen in tiefgehende Verschwärungen eintreten. Die ganze Betrachtung

der Aetiologie des Typhoids, wie man sie heute auffassen muss, ergibt aber gleichfalls die Nothwendigkeit, zwei Hauptformen desselben anzunehmen, diejenigen durch Resorption des Typhoidgiftes vom Darm aus, und die von den Athmungsorganen her entstandenen. Da liegt nun die Annahme sehr nahe, wenn sie auch schwer für alle Fälle durchzuführen ist, dass die durch Inhalation entstandene Erkrankung die geringeren Veränderungen am Darme verursache, während dort, wo der Ansteckungsstoff früher und directer auf den Nahrungsschlauch einwirkt, dieser auch intensiver erkranken muss. Die ganze Lebensweise des Kindesalters und das hauptsächliche Auftreten der Kindertyphen inmitten der Haustyphen weist darauf hin, dass der Krankheitsstoff hier hauptsächlich durch Inhalation hineingelangt und aus diesem Grunde überwiegend die leichteren Krankheitsfälle verursacht. Wahrscheinlich hängt auch noch damit das spätere und seltenere Auftreten der Diarhöen zusammen, auf das auch W u n d e r l i c h aufmerksam macht. Die Heftigkeit der Darmerscheinungen, die Schwere des Fieberverlaufes und die Reichlichkeit des Hautausschlages stehen im Grossen und Ganzen betrachtet in nahem gegenseitigem Verhältniss zu einander. Auch Recidive: vor vollständiger oder bald nach erreichter Entfieberung eintretende abgekürzte Wiederholungen des Fieberverlaufes mit neuer Roseola, neuen Störungen der Verdauung, manchmal durch Diätfehler hervorgerufen, scheinen bei Kindern seltener zur Entwickelung zu kommen. Manche Recidive sind in der Natur der Infection oder des Falles begründet und können daraus, dass die Milz zur Zeit der Entfieberung nicht abschwillt, prognosticirt werden.

Typhoidkranke müssen isolirt, ihre Stuhlentleerungen mit Carbolsäure, Eisenvitriol oder siedendem Wasser unschädlich gemacht, ihre Wohnräume und Betten nach der Erkrankung einer sorgfältigen Lüftung und Reinigung unterzogen werden. Entwickelt sich eine Hausepidemie, so ist es sehr räthlich, die Kinder nach Auswärts in Pflege zu bringen; wo dies nicht angeht, Trinkwasser nur abgekocht geniessen zu lassen und die Aborte ausser Gebrauch zu setzen. Im Beginne der Erkrankung, namentlich wo sie durch Trinkwasser herbeigeführt wurde, wo also die schädlichen Stoffe im Darm verweilen, ist der Versuch gerechtfertigt, durch einige eben abführende Dosen von Kalomel eine Abortivwirkung zu bezwecken. Im weiteren Verlauf aber wird man gut thun, sich weder mit der stimulirenden Branntweinbehandlung der Engländer, noch mit Digitalis, Chinin und anderen fieberunterdrückenden Arzneimitteln

aufzuhalten, oder Versuche mit Jod ähnlichen angerühmten Specificis zu machen, sondern ausschliesslich und genau nach den von Brand gegebenen Regeln die Kaltwasserbehandlung einzuführen. Der Kranke erhält fortwährend kalte Umschläge auf Kopf, Brust und Bauch, alle ¼ St. kaltes Wasser zu trinken, alle 3 St. Milch, Fleischbrühe oder Suppe, alle drei Stunden wird eine Temperaturmessung vorgenommen und so oft das Quecksilber 39,5 in der Achselhöhle, also 40° im Rectum überschreitet, wird ein kühles Bad von 23—26° gereicht und in demselben mit Wasser von 10 bis 16° eine Anzahl von Begiessungen vorgenommen. Die Körperwärme muss durch diese etwa ¼ Stunde dauernde Procedur um 1—5° herabgesetzt werden. Je nach Umständen lassen sich in der Privat-, namentlich Landpraxis an Stelle einzelner dieser Bäder kalte Waschungen oder Einwickelungen setzen. Die eingehenden Untersuchungen von Ziemssen und Immermann haben gezeigt, dass bei Kindern im Beginne des Typhoids die Temperatur durch kalte Bäder etwa ebenso wie bei Erwachsenen herabgesetzt wird (stark und feststehend veränderte Wirkung des Temperatur-Regulations-Apparates), dass dagegen im späteren Verlauf bei Kindern die Temperatur-Herabsetzung durch das Bad stärker ausfällt und kürzer dauert als bei Erwachsenen (minder gesicherte, verschiebbarere Einstellung des genannten Centrums). Temperaturabfall von 3,5 wird oft, hie und da bis zu 5° nach dem Bade beobachtet. Ich finde, dass bei Kindern deutlicher als bei Erwachsenen sich der Einfluss andauernder kalter Umschläge auf Kopf, Brust und Bauch auf der Curve zeigt, und dass in den meisten Fällen diese Umschläge und einige wenige Bäder ausreichen, den ganzen Verlauf zu einem leichten zu machen. — Die günstigen Erfolge sind so allgemein, und von so zuverlässiger Seite her bestätigt worden, dass es Pflicht jedes Arztes ist, bei seinen Typhuskranken die Bäder dringend anzurathen. Alle die Symptome, die Wirkungen der andauernd hohen Temperatur sind, die eigentlich typhösen Symptome, fallen hinweg. Man sieht keine stupiden Gesichter, kein Muskelzittern, keine Fluchtversuche mehr. Die Kranken sind munter, besinnlich, können sich aufrichten, gehen selbst zum Bad, und geben über Alles Auskunft. Die Diarrhöen werden geringer, sie werden wirksamer durch kaltes Wasser als durch adstringirende Mittel oder Opium bekämpft. Auch die Milzanschwellung wird durch die Wirkung der Kälte vermindert. Die Abmagerung der

Kranken ist geringer, Eiweissgehalt ihres Harnes findet sich seltener.

Andererseits ist sicher, dass die Häufigkeit der Darmblutungen bedeutend zunimmt, sie scheinen in sämmtlichen Fällen der schweren Art, die mit kaltem Wasser behandelt werden, einzutreten. Thrombose und Embolie in die Lungenarterie, Decubitus und Katarrh der Bronchien werden mindestens nicht ganz vermieden, vielleicht kaum in der Häufigkeit ihres Auftretens beschränkt. Man muss desshalb häufigen Lagewechsel anrathen, nöthigenfalls von den Kranken erzwingen. Ausserdem wird man in schweren Fällen gut thun, Chinin in grösseren Dosen nebenbei zu gebrauchen, oft Wein in grossen Mengen verabreichen müssen, und bei starken Bronchialkatarrhen Expectorantien, namentlich Ipecacuanha mit Vortheil anwenden. Bei sehr entkräfteten Patienten, bei solchen, die schon schwach in die Krankheit eintraten, oder die durch schweres Fieber arg mitgenommen wurden, bedarf es der baldigen Anwendung des Weines. Für die Kinderpraxis eignen sich besonders die süssen rothen Ungarweine, Anfangs drei Mal täglich einen Theelöffel voll mit der doppelten bis dreifachen Menge Wassers, dann unverdünnt und häufiger gereicht. Treten mit der fortschreitenden Entfiebe-rung die Delirien nicht gleichmässig zurück, so kann eine schlafmachende Dosis Opium oder Morphium sehr heilsam wirken.

Für leichtere Fälle lässt sich wohl öfter die unbequeme Kaltwasserbehandlung durch Darreichung grösserer Dosen von Chinin ersetzen, in schweren Krankheitsformen scheinen mir die Bäder unersetzlich. Steffen hat von salicylsaurem Natron sehr gute Erfolge gesehen, andere wozu ich mich rechne, sind minder glücklich damit gewesen.

Für den Beginn frühzeitig erkannter Typhoide kann die von Tauffliéb, Traube, Wunderlich empfohlene Abortivbehandlung mit Kalomel berücksichtigt werden. Es ist anzunehmen, dass diejenigen Fälle, in welchen der Ansteckungsstoff durch den Digestionstract aufgenommen wurde, die erfolgreich behandelten sind. Man reicht 1—3 dem Alter des Kindes entsprechende Dosen von Kalomel, deren abführende Wirkung während der nächsten 12 Stunden zu erwarten, und wenn sie nicht von selbst eintritt, durch ein Klysma zu befördern ist. Je frühzeitiger diese Behandlung angewendet wird, um so eher ist Aussicht vorhanden, den Verlauf in einen sehr milden umzugestalten.

Febris recurrens, Typhus recurrens, das wiederkehrende Fieber, Relapsing fever, Fièvre à rechûtes.

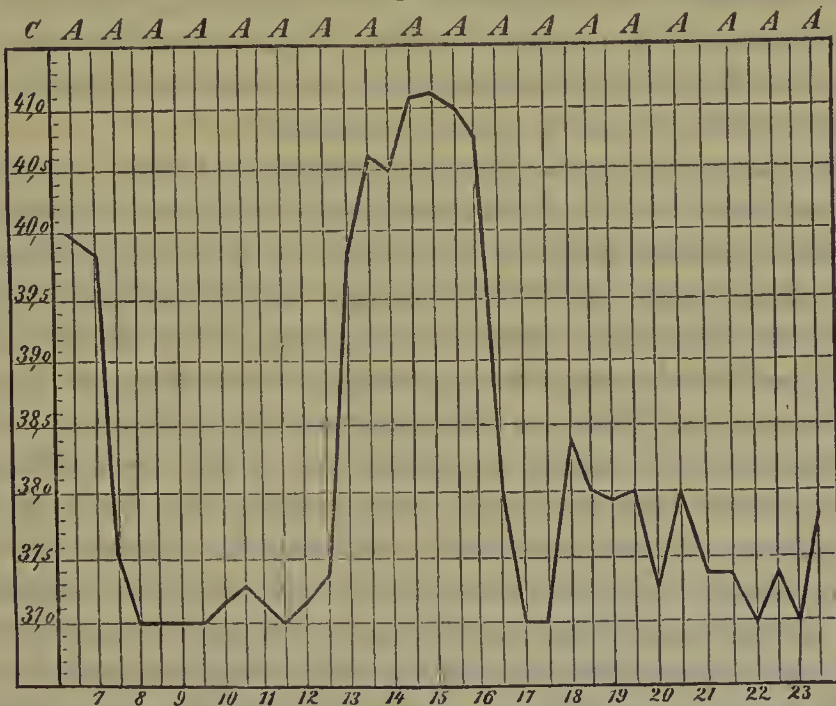
Griesinger in Virchow's Handb. Bd. II. Abth. II. éd. II. p. 272.
O. Wyss und C. Bock: Studien über Febr. recurrens. Berl. 1869, Hirschw.
E. Riesenfeld: Harnanalysen bei F. r. Virch. Arch. Bd. 47. p. 130.
Obermeier: Ueber das wiederkehrende Fieber. Ib. Bd. 47. p. 161 und 428.
v. Pastau: Ib p. 282 und 487.
Steffen: Vier Fälle von F. r. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. II. p. 61.
C. Pilz: Eine kleine Recurrens-Epidemie. Ib. VI. S. 66.
J. Weissenberg: Die Febris recurrens bei Kindern. Jahrb. f. K. VII. 1.
S. Untersberger: Febris recurrens im Kindesalter. Jahrb. f. Kdrhlkde. X. S, 184.

Das wiederkehrende Fieber soll nach Spital, Murchison u. A. schon von Hippokrates beschrieben sein (De morb. popul. lib. I. const. tempor. test.). Als neue Krankheit wurde es von 1843 an in Schottland beobachtet und von Henderson beschrieben, dann öfter auch in Irland und London. In der oberschlesischen Epidemie des Jahres 1837 kam es neben Fleckfieber vor. Zur allgemeinen Kenntniss als selbsständige Krankheit kam diese Form erst durch Griesinger's classische Bearbeitung der Infectionskrankheiten in Virchow's Handbuch der Pathologie. Seither haben die Aerzte der verschiedensten Länder, jene Russlands seit 1863, wir in Deutschland seit 1868, dann wieder 1872, Gelegenheit gehabt, die sonst kaum gekannte Krankheit in der Nähe sehen zu können. Fast stets Begleiter oder Nachfolger des Fleckfiebers, ist sie auch diessmal ihm auf dem Fusse gefolgt. Nicht allein Wechselfiebergegenden, an denen sie besonders leicht haftet, sind diessmal betroffen worden; dagegen ist die Krankheit in dem Charakter sich vollständig treu geblieben, hungernde, schmutzige, unstät lebende Bestandtheile der Bevölkerung ganz besonders stark zu befallen. Sie tritt stets in Epidemieen auf, verbreitet sich durch ein Contagium, das von dem Körper der Kranken ausgeht, an ihren Effecten haftet und durch diese wirksam übertragen werden kann. Die Incubationsdauer scheint nach den Breslauer Beobachtungen, ebenso nach Muirhead 6—9 Tage zu betragen. Alle Lebensalter sind der Krankheit ausgesetzt. Kaschewarowa fand schon bei wenige Wochen alten Kindern als anatomische Veränderungen, die auf Reccurrens bezogen werden mussten: Schwellung der Milz mit Entzündung der Kapsel und Bildung umschriebener Hyperplasieen, körnig fettige Entartung der Leberzellen und

Nierenepithelien. — Das häufige Absterben der Frucht in Folge von Recurrens Schwangerer weist auf Uebergang der Krankheit auf den Fötus hin. — Es scheint von Zufälligkeiten abzuhängen, wenn an einzelnen Orten mehr Kinder, an anderen, und zwar war dies öfter der Fall, mehr Erwachsene betroffen wurden. Von dem Verhalten der übrigen typhösen Krankheiten weicht diese insofern ab, als einmaliges Erkranken vor neuen Erkrankungen weniger sicher schützt. C h r i s t i s o n wurde z. B. dreimal davon ergriffen.

Vorboten in Form von Mattigkeit, Schwindel, Eingenommensein des Kopfes, Muskelschmerzen, gehen selten voraus; wenn sie einzelne Male bis zu drei Wochen lang vorher bestanden, so weist diess denn doch auf eine längere Incubationsdauer hin. Ganz gewöhnlich bilden den Anfang plötzlich eintretender Frost, heftiger Kopfschmerz, verbreitete rheumatismenähnliche Gelenk-, Muskel- und Lendenschmerzen, bisweilen auch Uebelsein und Erbrechen. Die Milz schwillt alsbald stark an, heftige Fiebersymptome dauern 5—7

Fig. 21.



Febr. recurrens eines Erwachsenen. Beginn der Curve am Ende des ersten Fieberanfalles, Pause am 8.—12. Tage, zweiter Anfall vom 12.—16. Tage.

Tage lang. Dann tritt ein plötzlicher Fieberabfall ein, die Temperatur sinkt in einem Tage von 39—42 auf 35—38, der Urin wird reichlich, die vorher trockene Zunge wieder feucht, der Puls

langsam, die Milz schwillt unvollständig wieder ab, auch die zuvor vergrösserte Leber verkleinert sich etwas, und der Kranke befindet sich etwa 5—8 Tage lang ziemlich wohl. Freilich bleiben Mattigkeit, Kopfschmerz, Muskelschmerzen, und eine Reihe von subjectiven Symptomen trotz der completen Entfieberung fortbestehen. Der Puls bleibt in den ersten Tagen der Remission ungeachtet der gesunkenen Körperwärme frequent (Unterberger). Auch die Milz geht nicht ganz wieder auf ihre normalen Grenzen zurück. In nur ganz wenigen, besonders leichten Fällen erschöpft sich der Krankheitsverlauf in einem Anfall. Der Name, das Wesen, die singuläre Stellung der Krankheit in der Pathologie beruhen darauf, dass nach 5—8tägiger Intermission ein zweiter, ebenso heftiger, etwa 4tägiger Fieberanfall folgt, während dessen die Milz aufs Neue anschwillt, ein ächt typhöser Zustand aufs Neue zum Vorschein kommt, kurz ganz das Bild des ersten Anfalles sich wiederholt. Nach etwa 2½—5tägiger Dauer tritt wiederum eine complete Krise ein, an die diessmal vollständige Abschwellung der Milz und wirkliche Genesung sich anschliesst. Sehr selten erfolgt ein dritter, meist leichterer und kürzerer Anfall. Ganz leichte fieberhafte Erregungen während der Reconvalescenz hat man hie und da beobachtet und als 4. oder 5. Anfall bezeichnet.

Die Krankheit ist ausgezeichnet durch den Gang des Fiebers, das beim ersten Anfall mit starkem Frost, beim zweiten mit leichterem Frösteln beginnt; bei beiden, in allen gut ausgesprochenen Fällen alsbald 39,5° überschreitet und selbst 42°,5 erreicht. Die höchste Höhe geht der Krise kurz voraus. Im Laufe eines jeden Tages finden geringe unregelmässige Schwankungen Statt, die am Tage vor der Krise am Bedeutendsten zu sein pflegen, häufig nur Zehntel eines Grades, sehr selten bis zu 1½ Graden betragen. Die Krise führt zu subnormalen Temperaturen, die erst nach einem oder mehreren Tagen auf Normal in die Höhe gehen. Die Temperatur bleibt im Intervall im Ganzen afebril. Doch erleidet sie etwa in der Mitte desselben eine kurze Steigerung auf höchstens 38,5. Die höchste Wärme wird oft erst im Rückfall erreicht. Die Krise vollzieht sich in höchstens einem halben Tage und kann ganz wohl 6—7° Temperaturabfall zu Wege bringen. Der Puls ist während des Anfalles frequent, gross, weich, dicrot. Bei Kindern steigt er oft auf 140, 160 und mehr. Während der Intermission sinkt er bei Erwachsenen bis 44, bei Kindern bis zu 60. Der Harn zeigt eine beträchtliche Verminderung der Chloride im Anfall;

ferner eine Vermehrung des Harnstoffes bis zu 40 Grm. per Tag, die nach der Krise noch einen, öfter mehrere Tage andauert. Die Mengen der Phosphorsäure gehen denen des Harnstoffes parallel. Eiweissgehalt des Harnes, sowie Ausscheidung von Cylindern zeigt sich in den meisten Fällen (Riesenfeld). Während der Anfälle bestehen ungemein heftige Muskel- und Gelenkschmerzen. Die Haut ist trotz des hohen Fiebers meist feucht, mit den Krisen tritt starker Schweiss ein, meist auch fester, tiefer Schlaf. Abweichend von anderen Typhen zeigt dieser keinerlei Exanthem an der Haut, denn der sehr oft auftretende Zoster facialis hängt mit dem anfänglichen Froste wie Miliaria mit den Schweissen zusammen. Die Milz schwillt schon in den ersten Tagen an, erlangt sehr bedeutende Dimensionen und kann während der Krankheit durch Berstung, nach derselben durch Abcessbildung der Herd schwerer Erscheinungen werden. Die Leber schwillt in geringerem Maasse an. Die auf der Höhe des Fiebers bisweilen eintretende Gelbsucht ist als katarrhalische zu betrachten. Fälle mit frühzeitiger und starker Gelbsucht und unvollständigem Fiebernachlasse machen den Uebergang zum biliösen Typhoid. Der Unterleib ist mässig gewölbt, der Stuhl manchmal angehalten, manchmal diarrhoisch. Im Blute hat während des Anfalles Obermeier eigenthümliche, in lebhafter Bewegung begriffene fadenförmige spiralige Gebilde und grosse Protoplasmakörper, Ponfick abgestorbene Gefässendothelien, Muirhead eine beträchtliche Vermehrung der weissen Zellen gefunden. Die ersteren sind von Cohn als identisch mit Spirochaete anerkannt worden. Von Obermeier werden sie als Spirillen bezeichnet. Sie haben sich seither constant im Blute der Recurrenskranken, dagegen nie im Blute von Gesunden oder anderen Kranken gefunden. Sie haben eine Länge von 2—5 Durchmesser von rothen Blutkörperchen. Die Zahl der Windungen des einzelnen Gebildes beläuft sich auf 4—14. Während der Apyrexie oder kurz vor dem Anfalle werden sie nur ganz ausnahmsweise getroffen. Die Kranken magern sehr ab und werden blutarm. Anämie, Oedeme, Milztumor, Parotitis, Dysenterie, Hautabscesse, Lähmungen, Knochennecrose, besonders häufig Ophthalmie (Murchison) können als Nachkrankheiten auftreten. Der Verlauf des Leidens ist meistens ein gutartiger. Wyss und Bock verloren von 94 Kranken nur 2. Bei biliösem Typhoid finden bedeutend mehr Todesfälle Statt. In den Leichen findet man straffe, dunkle Musculatur, Fettentartung des Herzens, oft auch der Nieren,

vielfache Ekchymosenbildung, Schwellung der Leber und Milz, letztere stets, erstere oft mit zahlreichen miliaren Abscesschen durchsetzt; häufig Bronchitis, lobuläre Pneumonie, Croup des Dickdarms, Magen- und Darmkatarrh, Schwellung der Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen.

In prophylaktischer Beziehung erfordert die grosse Contagiosität der Krankheit, die der der Pocken fast gleichzusetzen ist, strengste Isolirung der Kranken, scrupulöse Reinlichkeit und gute Lüftung der Krankenzimmer, Sorgfalt mit der Wäsche und den Effecten der Kranken, durch die die Seuche schon öfter verschleppt wurde, endlich die Räumung und Desinficirung solcher Häuser, die zu Krankheitsheerden geworden sind. In curativer Beziehung ist wenig zu thun. Chinin, Digitalis, Eukalyptus und Arsen haben sich als wirkungslos erwiesen. Bei den meisten Kranken genügt Reinlichkeit und gute Pflege. Sofern übrigens bei den Sectionen Fettentartung des Herzens und vielfache Ekchymosenbildung auf abnorm hohe Körperwärme als wahrscheinliche Todesursache hinweisen, muss die Bekämpfung aller über 39,5 gelegenen Temperaturen durch kalte Umschläge und Bäder verlangt werden. Daneben wird häufig Wein indicirt sein, der auch während der Reconvalescenz zusammen mit Eisen und Chinin gute Dienste leistet.

II. Gruppe:

Acute, contagiöse Schleimhauterkrankungen.

Eine Anzahl von Erkrankungen der Schleimhäute oder diesen nahe gelegener drüsiger Gebilde lässt sich unter gemeinsame Gesichtspuncte zusammenfassen. Sie sind örtliche Erkrankungen, wie sie in ihren wesentlichen Symptomen und Sectionsbefunden auf mannichfache Art erzeugt werden können. Eine fibrinöse Membran entsteht auch zwischen den Pockenpusteln am Kehlkopf, zwischen den Aetzschorfen, die Schwefelsäure an der Speiseröhre oder am Magen hervorrief. Aber das ist nicht die Diphtheritis, die hier ihren Platz findet. Die Speicheldrüsen schwellen bei der Pockenerkrankung, beim Typhus oder bei der mercuriellen Stomatitis an, aber diese Fälle entwickeln kein Contagium und machen keine Metastasen im Körper. Ebenso verhält es sich mit der secundären Dysenterie, wie sie bei Krebs- oder Nierenkranken auftreten kann, mit den keuchhustenartigen Anfällen, die bei gewissen Krankheiten

der Bronchialdrüsen vorkommen und mit den Brechdurchfällen, die im Hochsommer jeden Jahres auf Diätfehler hin sich entwickeln können. Pertussis, Parotitis, Diphtheritis, Dysenterie und Cholera sind durch ihre nächsten anatomischen Veränderungen vor den sporadischen Formen derselben Organerkrankungen nicht ausgezeichnet, aber besondere Ursachen, die im Körper reproducirt werden, ansteckend wirken und eine bestimmte Incubationsdauer erfordern, erzeugen besondere epidemische Formen dieser Krankheiten, die das Kindesalter hauptsächlich heimsuchen oder doch stark mitbetreffen. Die Reproductionsfähigkeit dieser Krankheiten im Körper weist ebenso wie ihr Incubationsstadium auf eine Entstehung durch pflanzliche Keime hin, für einige derselben will man diese schon gefunden haben. Als spezielle Träger des Contagiums müssen gelten: für Pertussis der Bronchialschleim, für Diphtherie die neugebildeten Häute und der in der Nähe abgesonderte Schleim, für Dysenterie die Stuhlentleerungen und für Cholera die in bestimmter Weise zersetzten Stuhlentleerungen.

Ein weiterer Unterschied dieser epidemischen Krankheitsformen im Vergleich mit den ihnen entsprechenden rein localen und sporadischen Erkrankungen beruht darin, dass die contagiöse Ursache derselben auch noch gleichzeitig oder in zweiter Linie auf andere Organe nebenbei einzuwirken vermag und so gewisse sog. Metastasen und Nachkrankheiten erzeugt (Parotitis: Orchitis, Diphtheritis: Paralyse, Dysenterie: Nephritis, Cholera: Typhoid). Am nächsten den acuten Exanthemen in ihrem Gesammtverhalten stehen Parotitis epidemica und Pertussis. Sie befallen nur ein Mal im Leben. Für die Diphtheritis lässt sich nicht sagen, dass sie aus diesem Grunde Kinderkrankheit sei, die Dysenterie und Cholera sind es überhaupt nicht mehr in vorwiegender Weise.

Das Stadium der Incubation hat keine so sichere Dauer, wie bei den Erkrankungen der vorigen Gruppe, doch lässt es sich ungefähr annehmen für:

Parotitis epidemica 14 Tage.
Pertussis 2—6 Tage.
Diphtheritis 3 Tage.
Dysenterie 7—10 Tage.
Cholera asiatica 2—14 Tage.

Ein charakteristischer Fiebertypus konnte noch für keine dieser Infectionsformen nachgewiesen werden. Für intensive Erkrankungen von Parotitis, Diphtherie, Dysenterie ist wenigstens ein initialer

Frost als Regel anzunehmen. Weiterhin steht hier das Fieber in directer Abhängigkeit von der Ausdehnung und Heftigkeit der örtlichen Erkrankung. Bei der Cholera kommen extreme Temperaturschwankungen sowohl auf- als abwärts in bisher unerklärlicher Weise vor. Das weitere Krankheitsbild hängt ganz ab 1) von Sitz oder Heftigkeit der primären Schleimhauterkrankung und 2) von der Gestaltung der örtlichen oder allgemeinen Secundärprocesse, die sich hinzugesellen.

Von den hier zusammengefassten Formen kommt Pertussis am Häufigsten im Gefolge der Masern vor, die Diphtheritis als Begleiter des Scharlachs, Parotitis epidemisirt sowohl mit Masern als Scharlach gerne, ohne jedoch in einem so festen Verhältnisse zu einer dieser Krankheiten zu stehen.

Mehrere derselben (Diphtheritis und Dysenterie) zeigen diejenige rheumatoide Gelenkentzündung als Mit- und Nacherkrankung, der wir schon bei der Scarlatina begegnet sind. Dort wird sie vielleicht oft durch die gleichzeitige Diphtherie vermittelt und ermöglicht. Eine analoge Rheumatoid-Complication findet sich bei Gonorrhoe vor. Die mittleren und grösseren Gelenke sind Hauptsitz derselben. Sie kann Endocarditis zur Folge haben. Zwei Auffassungen derselben liegen vorläufig nahe: Blutinfection von der erkrankten Schleimhaut aus und Reflexneurose. Die letztere scheint mir die annehmbarere.

I. Parotitis epidemica, Periparotitis, Ziegenpeter, Mumps, Oreillons.

Romberg und Henoch: Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berl. 1851. p. 116.
v. Bamberger: Unterleibskrankheiten in Virchow's Handbuch, Bd. VI. 2. Aufl. S. 60.
E. Malabouche: Etude sur la maladie désignée généralement sous le nom d'oreillons. Montpellier 1867.
E. Combeau: Des oreillons, considérée comme maladie générale et de l'atrophie consécutive à l'orchite épidémique. Paris 1867.
B. Wagner: Zur Incubationszeit der Parotitis. Jahrb. f. Kdhlkde. N. F. II. 235.
C. Gerhardt: Zur Naturgeschichte der Infectionskrankheiten. Arch. f. klin. Med. XII. S. 11.

Von denjenigen Ohrspeicheldrüsen-Entzündungen, die durch Verletzung, Erkältung, Fortleitung von der Mundhöhle her, oder in metastatischer Weise bei schweren Allgemeinkrankheiten vor-

kommen, unterscheidet sich die epidemische Parotitis, was die Art der Veränderungen in der Drüse betrifft, nicht erheblich. Das umgebende Bindegewebe pflegt allerdings bei dieser Entzündung hauptsächlich betheiligt zu sein. Der z. B. auch von Trousseau gebrauchte Name Periparotitis würde darnach richtiger sein, jedoch auch nicht das ganze Wesen der Krankheit ausdrücken. Das abgesetzte Exsudat liefert selten das Material zu reichlicher Bildung transitorischer Zellen, zur Suppuration, ebenso selten zur Bildung bleibender, in Verhärtung eingehender Gewebe. Zur anatomischen Untersuchung bietet sich bei dieser Entzündung überaus selten Gelegenheit, aber wo sie gemacht werden konnte, sind die Resultate für die besondere Form der Krankheit nicht bezeichnend. Ihr Charakter liegt nicht in der Art der Entzündung der Speicheldrüse, sondern in der Ursache derselben; in einer Ursache, die sich durch Ansteckung mittheilt, dadurch die Krankheit epidemisch macht, nur einmal im Leben eines Menschen für ihn wirksam ist, diess erst nach einer Incubation von bestimmter Dauer, und die endlich neben diesem Organ noch mehrere andere im Körper mit betrifft, oder doch wenigstens mit betreffen kann. Sie ist in manchen Gegenden endemisch, namentlich wird dies von Belle Isle angegeben. Bei uns tritt sie nur zeitweise in Epidemieen auf, die seltener als jene der acuten Exantheme, namentlich der Masern und des Scharlachs, besonders nach Scharlach (Schönlein) kommen, aber mit diesen sich sehr gerne vergesellschaften, oder doch ihnen kurz vorausgehen oder nachfolgen. In rauhen und feuchten Klimaten sollen diese Epidemieen häufiger sein; mitunter hat man dieselben auch mit endemisch herrschender Malaria geglaubt in näherer Beziehung zu sehen. Das spätere Kindesalter, zwischen zweiter Dentition und Pubertät, wird am Häufigsten befallen; Knaben mehr als Mädchen. Sehr oft geschieht die Verbreitung der Krankheit, ähnlich wie bei Masern, durch den Zusammenaufenthalt in Schulen, Fabriken etc. Erwachsene sind zwar weniger disponirt zur Erkrankung, werden aber keineswegs immer verschont. Hie und da sind Militairepidemieen beobachtet worden. Die Incubationsdauer beträgt im Durchschnitt ziemlich genau 14 Tage, soll übrigens nach einzelnen Angaben zwischen 1—3 Wochen schwanken. Einmalige Erkrankung schützt mit grosser Sicherheit für die ganze übrige Lebenszeit. Den auch von anderen Seiten her angegebenen Uebergang von der Mutter auf die Frucht habe ich einmal in exquisiter Weise beobachtet, wo die Geburt 14 Tage nach der Erkrankung zweier älterer Kinder

erfolgte. Ich zweifle, ob die folgende Brustdrüsenschwellung des Kindes als sog. Metastase aufzufassen war.

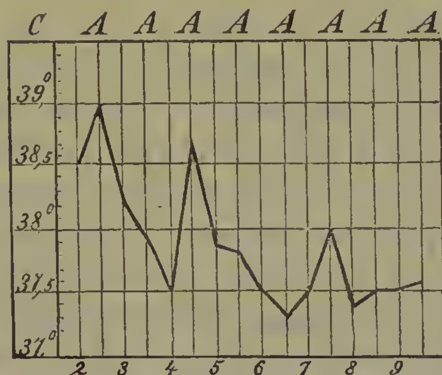
Die Symptome beginnen mit Frost, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und ähnlichen allgemeinen Störungen, erhöhtem Durste, mässiger Beschleunigung des Pulses, Zunahme der Hauttemperatur. Nach einiger Zeit, seltener schon von Beginn an treten die örtlichen Symptome in den Vordergrund. Drückender, brennender Schmerz in der Wangen- und Ohrgegend, bei Druck von aussen und, was ihn einigermaassen kennzeichnet, beim Oeffnen des Mundes sich steigernd, stellt sich ein, ihm folgt in Bälde eine blasse (tiefsitzende) Anschwellung der schmerzenden Theile, die sich dann mehr auf die äusseren Theile und in deren Continuität auf die ganze eine Gesichtshälfte, auf die obere Parthie des Halses ausbreitet, das Gesicht in hohem Grade entstellt und demselben einen blöden, tölpischen Ausdruck verleiht. Den Beginn bildet in der Regel die Anschwellung einer Drüse und zwar häufiger der linken, der dann nach einigen Tagen die andere folgt, oft ohne den gleichen Grad von Anschwellung zu erreichen. — Die grössere oder geringere Betheiligung der Haut an der Entzündung oder ödematösen Durchfeuchtung ergibt sich leicht aus dem Grade der Schmerzhaftigkeit bei oberflächlichem Drucke und dem Stehenbleiben des mit dem Finger bewirkten Eindruckes. Die Verbreitung der Anschwellung nach abwärts, nach dem Halse hin, erscheint namentlich dann bedeutend, wenn auch die Submaxillardrüsen in consecutiver Weise sich vergrössert haben. Während der nächsten 2 bis 6 Tage vom Beginne an nehmen die örtlichen Beschwerden zu, die Geschwulst breitet sich aus, das Oeffnen des Mundes wird mehr und mehr erschwert, auch die Deglutition bleibt nicht unbehindert, der Kopf wird steif gehalten, bei einseitiger Geschwulst nach der leidenden Seite geneigt. Schmerzen an der Wange, bald auch an dem Ohre dauern fort, oft wird über Trockenheit im Munde geklagt. Die Mundflüssigkeit zeigt Verminderung des Rhodangehaltes. Schwere Fälle können schon jetzt durch den Hinzutritt von dyspnoischen Beschwerden, bedeutenderen Alterationen der Stimme, oder durch Hirnerscheinungen als solche sich charakterisiren. Normaler Weise pflegen sich sonst die Allgemeinerscheinungen im Vergleiche zur Anfangszeit zu mässigen, namentlich das Fieber nimmt ab, die Verdauungsstörungen bleiben sich gleich, doch tritt bisweilen Erbrechen hinzu. Führt man eine Canüle in den Ductus Stenonianus ein, so fliesst bei einseitiger Erkrankung der Speichel etwas langsamer aus

als auf der gesunden Seite, erweist sich jedoch klar, rhodanhältig, gut saccharificirend. Auf der Höhe der Erkrankung ist die Milz nicht unbeträchtlich angeschwollen, ebenso die axillaren, Leisten- und cervicalen Lymphdrüsen.

Ueber die Fieberverhältnisse habe ich hier, wo die Krankheit nur in leichter Form auftrat, nur in wenigen Fällen mit Erfolg Studien machen können. Die nachfolgende Curve rührt von einem derselben her. Bei frühzeitigem Beginne der Beobachtung und fleissigen Messungen bestätigt sich die Angabe Löschner's, dass kein Fall völlig fieberfrei abläuft. Da jedoch in einzelnen Epidemieberichten von intensiven, selbst typhösen Fiebererscheinungen die Rede ist, muss es ausserordentlich wünschenswerth erscheinen, dass in solchen Fällen das Studium der Temperaturverhältnisse nicht vernachlässigt werde.

Bei Erwachsenen hat man von jeher die Metastasen der Krankheit auf die Geschlechtsorgane gefürchtet, bei Männern die Entzündung des Hodens, bei Weibern diejenige der Schamlippen und Brustdrüsen. Die neueren Forschungen haben die Kenntnisse über diesen Punkt in mehrfacher Beziehung erweitert. Die Entzündung, die bei Männern die Samendrüse und bei Weibern das correspondirende Organ, den Eierstock, seltener die beiden vorher erwähnten Theile des Geschlechtsapparates befällt, ist nicht eine Metastase, sondern steht in demselben Verhältnisse zur Parotitis, wie die Nierenerkrankungen zum Scharlachausschlag der Haut. Sie ist ein weniger constanter Coeffect derselben in den Körper eingedrungenen Krankheitsursache. Sie tritt nicht nur auf, wenn die Speicheldrüsenanschwellung zurücktritt, sondern sie kann ganz wohl neben derselben herlaufen, ja in dichten Epidemieen betrifft sie einzelne Leute, ohne dass deren Parotis vorher oder nachher angeschwollen wäre. Bei Männern kann sie dauernde Atrophie des Hodens und Impotenz zur Folge haben. Es gibt noch seltenere Localwirkungen desselben Krankheitsstoffes: Entzündungen der Schleimhäute am Auge, dem Rachen, dem Ohr und den Geschlechtsorganen, die einen einfachen katarrhalischen Charakter besitzen (Combeau).

Fig. 22.



Parotitis epidemica eines 5jährigen Mädchens.

Der Verlauf der Krankheit ist in der grossen Mehrzahl der Fälle ein äusserst günstiger, so dass nach der erwähnten mehrtägigen Zunahme der Krankheit und einem kaum 48 Stunden überschreitenden Höhestadium, die Zeichen fieberhafter Erregung, die Schmerzen und Verdauungsstörungen rasch abnehmen und dann im Verlaufe einiger weiteren Tage, einer Woche etwa, die Geschwulst völlig rückgängig wird. Als seltene und ungünstige, man kann sagen anomale Ausgänge sind jene zu bezeichnen, in welchen noch längere Zeit eine wenig schmerzhafte, aber entstellende und das Kauen behindernde Geschwulst zurückbleibt — Induration —, dann diejenigen, wobei nach anscheinendem Nachlasse des Fiebers eine neue oder ohne solchen eine continuirliche Steigerung des Fiebers Statt hat, Fröste auf der Höhe der Krankheit auftreten, die Schmerzhaftigkeit und Geschwulst noch am Ende der ersten Woche continuirlich zunimmt, namentlich an einer umschriebenen Stelle sich steigert, endlich aus dem Ductus Stenonianus Eiter sich entleert und hiedurch, sowie durch das Gefühl der Fluctuation der Uebergang des Processes in Eiterung sich kundgibt. Auch dann bleibt oft der Eiterungsprocess ein localer und erstreckt sich nur auf eine wenig ausgebreitete Abscessbildung.

Die Behandlung beschränkt sich meist auf Diät, Abhaltung äusserer Schädlichkeiten, Einhüllung des erkrankten Theiles in Watte oder dergl., Darreichung gelind kühlender oder auf den Darm ableitender oder völlig indifferenter Medicamente im Beginne, nur bei starker Schmerzhaftigkeit und Schwellung oder bedeutenderer Miterkrankung der Rachenorgane sind örtliche Blutentziehungen (Blutegel oder Scarificationen) angezeigt, bei Uebergang in Suppuration Kataplasmen und frühzeitige Einschnitte, bei Induration Anwendung von Mercurial- oder Jodsalben.

II. Keuchhusten, Stickhusten, blauer Husten, Pertussis, Tussis convulsiva, Coqueluche, Hooping-cough.

Biermer in Virchow's Handbuch Band V. Abth. I. p. 531.

Oppolzer in Wiener med. Presse 1868. Nro. 34, 35, 36.

Hauke im Jahrb. f. Kinderheilk. 1863. Bd. VI. p. 75 und ibid. Bd. V. p. 42.

Helmke: Beitrag zur Inhalationstherapie des Keuchhustens. Jen. Zeitschrift Bd. III. p. 309.

A. Steffen: Ueber Inhalationen bei Tussis convulsiva. Journ. f. Kinderkr. XLVII. p. 6.

A. Tschamer: Zur Pathogenese des Keuchhustes. J. f. K. X. S. 174.

Der Keuchhusten wurde zuerst von Ballonius und von Schenk beschrieben. Das Alter der Krankheit ist unsicher. Heutzutage ist sie über den grössten Theil der bewohnten Erde verbreitet. Sie tritt ganz überwiegend in Epidemieen auf, deren Vorkommen namentlich im Frühjahr und Herbst beobachtet wird. Vereinzelte Fälle ohne Zusammenhang mit Epidemieen und ohne Weiterverbreitung der Krankheit sind selten und diagnostisch verdächtig. Das Kindesalter ist für die Ansteckung entschieden empfänglicher als das der Erwachsenen. Zwischen 2 und 7 Jahren ist die Krankheit am Häufigsten. Säuglinge werden meist verschont, aber es sind Fälle bekannt, in welchen die Krankheit schon am ersten Lebenstage sich bemerklich machte, nachdem die Mutter in der letzten Zeit der Schwangerschaft daran gelitten hatte (Rilliet und Barthez, Watson). Mädchen werden mehr betroffen und mit grösserer Mortalität als Knaben. Von vorausgehenden Erkrankungen disponirt keine mehr dazu als Masern. Sowohl die Masernepidemie ist häufig Vorläufer von jener des Keuchhustens als auch die Einzelerkrankung an Masern von jener an Pertussis. Beide Krankheiten können gleichzeitig bei derselben Person vorkommen, häufiger folgt der Keuchhusten erst nach einigen Wochen. Auch Scharlach und Varicellen gehen öfter voraus. Die Verbreitung der Krankheit im Einzelnen findet durch ein im Auswurf und Athem der Kranken enthaltenes Contagium Statt. Die Uebertragung erfolgt nicht allein direct von den Kranken aus, sondern auch vermittelt durch Gesunde oder durch Wäschestücke und andere Gegenstände, an denen der Auswurf haftet. Kränkliche, scrophulöse Kinder sind besonders zur Erkrankung disponirt. Neuentstehung der Krankheit (ohne Contagium) muss wenigstens sehr selten sein. Auf entlegenen Inseln kann man verfolgen, wie sie nur importirt nie an Ort und Stelle entsteht. Schon Linné vermuthete, dass sie durch ein Contagium animatum erzeugt werde, später wollte Poulet, neuerdings Letzerich niedere Organismenkeime in der ausgeathmeten Luft bezüglich dem Bronchialschleime der Keuchhustenkranken gefunden haben. Die Stellung der Krankheit unter den Blutkrankheiten rechtfertigt sich durch die Schutzkraft des einmaligen Erkrankens, die hier ebenso sicher gestellt ist, wie bei den acuten Exanthemen, durch die Uebertragbarkeit von der Mutter auf die Frucht, und durch die, wie wir sehen werden, keineswegs einfache Localisation derselben. Ueber die Dauer des Incubationsstadiums liegen wenig zuverlässige Beobachtungen vor. Die Angaben

schwanken zwischen 2 und 7 Tagen, als mittlere Dauer wird eine halbe Woche bezeichnet werden können. Der allmählige Beginn des ersten Stadiums ist Grund dieser Unsicherheit. Bemerkenswerth ist noch, dass, während bei uns Erwachsene sehr selten in wirksamer Weise angesteckt werden, nach Panum auf den Faröern, wenn die Einschleppung einmal stattgehabt hat, alle Altersstufen gleichmässig ergriffen wurden. — Zeitweise Unempfänglichkeit für das Contagium scheint vorzukommen. Erwachsene, die bei uns an Keuchhusten erkranken, waren z. Th. in der Jugend der Ansteckung schon ausgesetzt, also damals unempfänglich.

Man pflegt den Verlauf gemeinhin in drei Stadien abzutheilen, ein initial-katarrhalisches und ein terminal-katarrhalisches nnd ein dazwischen gelegenes convnlsivisches, welches letztere allein für diese Krankheit charakteristisch ist. Das erste katarrhalische Stadium zeigt eine mittlere Dauer von einer bis zwei Wochen, welche jedoch in jeder Weise zwischen den Extremen von wenigen Tagen und vier, selbst fünf Wochen zu schwanken vermag. Bald mehr im Beginne, bald mehr im weiteren Verlanfe dieses Stadiums finden leichte, abendlich exacerbirende Fieberbewegungen Statt, ausgesprochen dnrch geringes Steigen des Pulses und der Temperatnr, und dnrch Verlust des Appetites. Durst, verändertes, verstimmtes, unruhiges Wesen der Kinder, blasseres, hie und da etwas echauffirtes Aussehen. Oefteres Niesen, Brennen in den Augen, Kitzeln im Halse, trockener Husten, der sich häufig und namentlich zur Nachtzeit einstellt, belegte Stimme, Lichtscheue, Thränen der Angen entsprechen ganz dem Bilde des Katarrhes. Allmählig rücken die einzelnen Hnstenbewegungen näher zusammen und gestalten sich zu Anfällen, die mehr und mehr einen eigenthümlichen, anstrengenden und krampfhaften Charakter gewinnen.

So erfolgt rascher oder langsamer der Uebergang in das zweite, das convulsivische Stadium. Dieses wird charakterisirt durch die Keuchhustenanfälle, die in verschiedener Dauer und Häufigkeit, bald nur wenige Minuten anhaltend, selten bis zu $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde ausgedehnt, 5, 10, 20, 30 Male ja noch öfter im Tage sich einstellen können. Ihre Häufigkeit ist natürlich eine wechselnde, insoferne sie durch zufällige Veranlassungen, Körperanstrengung, Gemüthsbewegung, die Deglutition, Temperaturwechsel u. dergl. hervorgerufen werden können; doch nimmt im Beginne des zweiten Stadiums ihre Häufigkeit und Intensität eine Zeit lang zu, dann wieder ab. Dem eigentlichen Anfalle gehen oft plötzliche Unruhe

und Angst, veränderter Gesichtsausdruck, Beschleunigung der Respiration und des Pulses und allerlei Dysästhesieen voraus, so Brennen unter dem Sternum oder im Halse, Uebelsein, Hitzegefühl. Plötzlich richtet sich das Kind im Bette auf oder eilt auf einen Gegenstand zu, an dem es sich halten möchte, und sofort beginnt nun der Anfall, der sich aus einer Reihe von tönenden, jenen der Croupkranken äusserst ähnlichen Inspirationen und in mehrfacher Anzahl zwischen je zwei derselben eingeschobenen Exspirationen zusammensetzt. Diese mehrfachen Hustenbewegungen zwischen den Inspirationen sind von einem eigenthümlichen, laryngealen, feuchten, grossblasigen (man kann sagen krachenden) Rasseln begleitet. Während des Anfalles ist der Puls klein und rasch, das Athmen krampfhaft, der Mund geöffnet, die Arme werden angestemmt; das Gesicht voll Angst und Anfangs stark geröthet, wird bald cyanotisch, das Auge glänzend, thränend und stark injicirt; ja die Hyperämie kann soweit sich steigern, dass Ekchymosen der Conjunctiva, Blutungen aus Ohr, Mund und Nase zu Stande kommen, vorzüglich dann, wenn im Laufe der Krankheit die Ernährung und Blutbildung schon gelitten hat. Gegen Ende des Anfalles wird dann zäher, fadenziehender Schleim, vermengt mit viel Speichel, theils ausgehustet, theils ausgewürgt, oft kommt dabei Erbrechen mehr weniger veränderter Speisen und sonstigen Mageninhaltes zu Stande. Längere Zeit bleiben nun noch Respiration und Puls beschleunigt, die Augen thränend, allgemeine Mattigkeit rückständig.

Diese Anfälle entstehen nach den Versuchen von Hauke in gehäufter Zahl, wenn die eingeathmete Luft etwas mehr Kohlensäure enthält; mit steigendem Sauerstoffgehalt derselben werden sie seltener. Man hört häufig, ehe der Anfall kommt, Rasseln in den oberen Luftwegen, die Kranken fühlen Kitzel in der Trachea, d. h. hinter dem Sternum oder am unteren Theile des Halses. Aerzte, die an sich selbst beobachteten (Griepenkerl, Lochner), bemerkten, dass der Anfall erst mit der Entleerung des in den oberen Luftwegen befindlichen Schleimes seinen Abschluss gewinnt. Der gewöhnliche Mechanismus ist also der, dass die von Bidder nachgewiesene reflectorisch empfindliche Zone an der unteren Seite der Stimmbänder durch heraufrückendes katarrhalisches Secret gereizt, hierauf in krankhaft energischer Weise reagirt. Wie bei Rosenthal's Versuchen an Thieren wird die Glottis geschlossen, das Zwerchfell erschlafft, und der exspiratorische Muskelapparat in Thätigkeit versetzt, nur fallen diese Bewegungen stärker aus, als

sie bei jenen Experimenten erzielt werden konnten. Dies zeigt nicht allein der heftige Husten, sondern auch die Entleerung des Magens durch die Bauchpresse und der neben dem Erbrechen bisweilen vorkommende Stuhl- und Urinabgang. Wintrich hat gezeigt, dass die Hustenstösse eine Pulswelle verursachen, und dass das Herz während der heftigen Exspirationen in seiner Thätigkeit abgeschwächt, selbst momentan zum Stillstande gebracht wird. Von der Heftigkeit dieser Hustenanfälle, dem gewaltigen Exspirationsdrucke zeugen ferner die Zerreisungen des Lungengewebes, durch welche bisweilen interstitielles Emphysem, auch Pneumothorax (Gelmo) erzeugt wird, und das acute vicariiende Emphysem, welches an den Lungenrändern und an den oberen Lappen zu Stande kommt. Während dieser Hustenanfälle geschehen öfter Zerreissungen venöser Gefässe, und dadurch erfolgen Blutungen, die punctförmig in die Haut abgesetzt werden, die Conjunctiva unterlaufen, aus den Schleimhäuten des Mundes und der Nase hervortropfen und aus dem zerrissenen Trommelfell selbst hier und da einmal im Strahl erfolgen. Die ansprechende Annahme von Gendrin und Beau, dass Entzündung des Kehlkopfeinganges katarrhalisches Secret liefere, durch dessen Hereinfliessen in den Kehlkopf wie durch einen eingeathmeten Fremdkörper die Hustenanfälle erzeugt würden, habe ich bereits früher auf Grund therapeutischer Versuche als unhaltbar bezeichnet. Sie ist seither durch die laryngoskopische Untersuchung Keuchhustenkranker von Rehn aufs Gründlichste widerlegt worden. Der positive Befund ist der, dass die vordere Trachealwand intensiv hyperämisch ist. Dies stimmt weit besser mit der reflexempfindlichen Zone Bidder's zusammen, auch mit dem Sitz des Kitzels vor dem Anfall. Dort also wird das Secret theilweise geliefert, jedenfalls, wenn es von tiefer herkommt, erst wirksam zur Erzeugung des Hustenanfalles; ob aber diese Hyperämie die Heftigkeit des Anfalles, namentlich das Verengtbleiben der Glottis bei der Inspiration, das man aus deren tönendem Laute erschliessen muss, zu erklären vermag, das möchte ich entschieden bezweifeln. Dafür mus man offenbar den Grund in einem Erkrankungszustande nicht der die Empfindungen leitenden, sondern der die Empfindungen in Bewegungen umsetzenden Apparate, also der Medulla oblongata suchen. Dafür spricht auch, dass nicht allein durch Trinken (Sichverschlucken), sondern auch durch psychische Erregung Anfälle hervorgerufen werden können. Die während schwerer Anfälle, namentlich bei Säuglingen eintretenden all-

gemeinen Convulsionen, vielleicht auch manche plötzliche Todesfälle während des Hustens finden durch acute Hirnanämie, verursacht durch den Stillsand des Herzens, ihre Erklärung. Durch Reibung während der Anfälle entstehen bei Kindern, die schon Zähne haben, Geschwürchen zu beiden Seiten vom oder am Frenulum linguae.

Die Dauer des convulsivischen Stadiums kann wechseln zwischen zwei und zehn Wochen, erstreckt sich jedoch gemeinhin auf etwa einen Monat; sie kann wesentlich abgekürzt werden durch den Dazwischentritt schwerer acuter Krankheiten, der dieses Stadium zu unterbrechen geeignet ist. — Auch das dritte nun folgende Stadium ist von sehr wechselnder Dauer. Es beginnt mit allmähligem Seltener- und Schwächerwerden der Anfälle und endet mit Wiederherstellung der Gesundheit; während desselben heben sich die Kräfte, verliert sich das früher leidende Aussehen, die gedunsene Beschaffenheit der Gesichtshaut, und stellt sich die frühere Munterkeit wieder her. Der Verlauf des 3. Stadiums kann protrahirt oder in schlimmer Weise abgekürzt werden dadurch, dass ihn unterbricht oder sich an ihn anschliesst die Entwicklung käsiger Heerde in den zuvor hepatisirten Lungentheilen, in den zuvor geschwellten Bronchialdrüsen, oder Tuberculose an verschiedenen Organen in ausgebreiteter und acuter Weise. Die Häufigkeit dieser Complicationen ist bekannt und gefürchtet.

Aus dem Katarrh der Bronchien, der eine nothwendige Begleiterscheinung des Keuchhustens ist, und gewöhnlich bis in die feinsten Verästelungen sich herab erstreckt, entwickeln sich, ähnlich wie bei den Masern, Atelektase der hinteren unteren Lungentheile, lobuläre katarrhalische Pneumonieen, die sowohl innerhalb des atelektatischen Gewebes auftreten, als auch später durch grössere Parthieen der oberen Lappen sich fortsetzen können. Ihr Verlauf ist ein sehr chronischer, sie wandeln sich häufig in käsige Heerde um, die geschwollenen, hyperämischen Bronchialdrüsen werden gleichfalls Sitz käsiger Metamorphose. Von beiden aus entsteht, nachdem der Keuchhusten oft schon Monate lang abgelaufen ist, nicht selten eine allgemeine Infection in Form der acuten Tuberculose. Namentlich Kranke, die durch häufiges Erbrechen sehr heruntergekommen waren, zeigen sich hiezu geneigt. Mit den anämischen Zuständen, die so entstehen, hängt auch das häufige Auftreten von Oedem des Gesichtes und verbreiteter Hautwassersucht zusammen.

Keuchhustenähnliche Zustände können durch Tuberculose der Bronchialdrüsen, durch manche Formen der Katarrhe und Pneumonieen gesetzt werden. Diesen gegenüber ist die Diagnose nicht immer ganz sicher zu stellen. Als wesentlichste Anhaltspuncte derselben sind wohl die ätiologischen Verhältnisse, so die epidemische und durch Contagion vermittelte Verbreitungsweise der Krankheit, der eigenthümliche Charakter der Hustenanfälle, dann der an sich fast fieberlose Verlauf der Krankheit zu betrachten. Gerade für die Diagnose ist es wichtig, die Anfälle nicht allein aus Beschreibung, sondern aus eigener Anschauung zu kennen und sie selbst zu diesem Zwecke zu veranlassen; dies geschieht oft schon durch die blosse objective Untersuchung, weiterhin dadurch, dass man die Kinder essen, trinken lässt, namentlich leicht durch das Niederdrücken der Zunge zur Besichtigung des Rachens. In den Beschreibungen der Keuchhustenanfälle, wie man sie von der Umgebung der Kinder erhält, ist am Meisten charakteristisch die Erwähnung des dabei eintretenden Erbrechens, des Blauwerdens im Gesichte, des Auswürgens fadenziehenden Schleimes, des Umstandes, dass die Kinder beim Beginne des Anfalles sich an irgendwelche Gegenstände anzuhalten, anzustemmen suchen. Die Bronchialdrüsen-Tuberculose kann durch den Nachweis ihrer physikalischen Zeichen oder der allgemeinen Störungen, welche den tuberculösen Processen eigen sind, unterschieden werden. Zudem besitzt diese sowohl als die suffocative Form der Bronchitis einen weniger regelmässigen Verlauf, macht auch zwischen den Anfällen bedeutendere Störungen, als der Keuchhusten veranlasst, zeigt kürzere, seltenere, wenn auch ähnliche, so doch nicht völlig gleiche Anfälle.

Verlauf und Prognose variiren bedeutend je nach dem Charakter der einzelnen Epidemie, doch sind beide in der grossen Mehrzahl der Fälle günstig, nur lässt sich nicht ein Zahlenverhältniss von etwas allgemeinerer Geltung dafür angeben. Am Nächsten möchte noch die Angabe Löschner's, der ein Mortalitätsverhältniss von 1 : 27—30 annimmt, zutreffen. Die unglücklichen Ausgänge können auf mancherlei Weise zu Stande kommen. Der directeste ist der suffocative Tod während eines Hustenanfalles oder während eines der als Complication erwähnten Krampfanfälle, die bei 4/5 der Kranken (nach Rilliet und Barthez) die Lethalität anzeigen. Ausserdem übernehmen es hinzutretende ausgedehnte Pneumonieen oder Atelektasen, die Katastrophe herbeizuführen. Aber auch wenn die zweite gefährlichere Periode der Krankheit

glücklich vorüberging, können längerdauernde, gefährliche Nachkrankheiten sich entwickeln. Dahin ist schon eine ungebührlich lange Dauer des 3. Stadiums zu rechnen, d. h. die Fortdauer von Heiserkeit, Husten, schleimigem Auswurfe, diffusen Schmerzen auf der Brust, dahin gehören binnen längerer Zeit erst auszugleichende Zustände von Anämie oder Hydrämie, die nach der eigentlichen Erkrankung noch rückständig bleiben, endlich als gefährlichste Nachkrankheiten indurirte verkäsende Hepatisationsreste. — Bei der Prognose des einzelnen Falles wird jederzeit der Charakter der Epidemie, das Alter und die frühere Gesundheit des Kindes, die Abwesenkeit der scrophulösen Diathese, die Abwesenheit tiefergehender Erkrankung des Lungengewebes zu berücksichtigen sein, sowie auch die Intensität der Paroxysmen und jedes complicirende Moment.

Die Behandlung hat zunächst zur Zeit von Epidemieen die Prophylaxe ins Auge zu fassen, d. h. es sind eben Kinder entsprechenden Alters, die noch nicht keuchhustenkrank waren, von jeder Berührung mit den Erkrankten fernzuhalten, wo die Verhältnisse es gestatten und die Gelegenheit zur Ansteckung reichlich gegeben ist, gänzlich vom Orte der Epidemie zu entfernen, — dies besonders bei malignen Epidemieen und bei schwächlichen, schon öfter brustkranken Individuen. Die Erkrankten selbst sind nach dem Grundsatze zu behandeln, dass Aufenthalt in gesunder Luft und gleichmässiger Wärme und Sorge für hinreichende Ernährung am Allermeisten den Krankheitsverlauf abzukürzen und zu mildern vermögen. Die Erkrankten sollen daher je nach Zeit und Umständen entweder mehr in gleichmässig warm erhaltenen, aber gut gelüfteten Zimmern (wo erheblicheres Fieber: im Bette) sich aufhalten oder ins Freie zu geeigneter Tageszeit und bei milder Witterung geschickt werden. Auch Landaufenthalt leistet oft erspriessliche Dienste.

Die Erfahrung Hauke's über den Einfluss der Kohlensäure fordert dazu auf, wenn die Witterung es irgend erlaubt, die Kranken fleissig ins Freie zu schicken, anderenfalls geräumige, gut gelüftete Zimmer zum Aufenthalt zu wählen. Wenn man öfter sieht, dass die Entfernung nur wenige Stunden vom seitherigen Aufenthalt den Verlauf auffallend milder gestaltet und abkürzt, so liegt der Gedanke nahe, an eine Erschwerung und Verlängerung des Krankheitsverlaufes durch das fortwährende Einathmen des selbstproducirten Contagiums in der Krankenstube zu glauben. Mit Rücksicht

auf das öftere Erbrechen erfordert die Ernährung besondere Sorgfalt. Von den Arzneimitteln, die empfohlen worden sind, würden die meisten eine starke Portion blinden Glaubens erfordern, wenn man sich heutzutage noch zu ihrer Anwendung entschliessen wollte. Diess gilt namentlich von der Coccionella, Moschus, Salpetersäure, Benzoë, neuerdings Folia Castaneae vescae etc. Auch die von Frankreich aus empfohlene und so rasch in Aufschwung gebrachte Einathmung der Gasreinigungsdämpfe hat schnell ihren Ruhm wieder eingebüsst. Sehr glaubwürdig ist die Angabe, dass das Herausführen der Kinder in die frische Luft das Heilsamste dabei gewesen sei; sie stützt sich auf günstige Erfolge im Sommer und Ausbleiben jeden Erfolges im Winter bei diesem Verfahren. Jede rationelle Behandlung hat die Aufgabe, die Heftigkeit der Hustenanfälle zu mässigen, denn aus dieser entspringen die Gefahren der Blutungen, der Zerreissungen der Luftwege und des übermässigen Erbrechens. Man kann auf dreierlei Weise diesen Zweck zu erreichen suchen. Die Anwendung narkotischer Mittel, die direct so gut auf das Nervencentrum wie auf die periphere Bahn des N. lar. sup. wirken, ist am Häufigsten in Anwendung gezogen worden. Das Opium und Morphium hat einen derartigen Einfluss. Von anderen ist besonders das Lactucarium empfohlen worden. Auch Chloroform, Tabak, Cicuta und Hyoscyamus haben ihre besonderen Anpreisungen gefunden. Von allen narkotischen Mitteln sind auf die lebhafte Empfehlung von Trousseau hin das Atropin und die atropinhaltigen Belladonnapräparate in steigender einmaliger, abendlicher Dose am Meisten zur Anwendung gekommen. Nächstdem verdient das Morphium das meiste Vertrauen. Eine andere Art, die Heftigkeit der Hustenanfälle zu mässigen, beruht darauf, das bronchiale Secret, das eine besonders zähe, leimartige Beschaffenheit im krampfhaften Stadium des Keuchhustens hat, in flüssigeren Zustand zu versetzen, und so seine Berührung mit den hyperästhetischen Schleimhautbezirken abzukürzen. Dazu dienen Ipecacuanha, Antimonpräparate, vorzüglich aber kohlensaure Alkalien. Den wirklichen, praktischen Werth der letzteren braucht man nicht zu unterschätzen, aber man braucht auch nicht zu glauben, dass sie beim Beginne des Kitzels in der Trachea eingenommen, schon den nächsten Anfall abkürzen könnten. Eine dritte Methode, die ich in Jena in der Poliklinik mit Vorliebe zur Ausführung gebracht habe, beruht darauf, die entzündeten und dadurch reizempfänglicheren Schleimhautbezirke direct mit reizmildernden Mitteln in Berüh-

rung zu bringen. Man hat aus diesem Grunde, gestützt auf die physiologischen Erfahrungen, Brompräparate, besonders des Bromammonium innerlich angewandt, zu 0,1—0,3 Gr. mehrmals täglich. Ich habe zu dem gleichen Zwecke Einathmungen von Bromkalium benützt in der Stärke von 4⁰%—1%. Auch kleine Kinder konnten sehr leicht dazu gebracht werden, diese Einathmungen zu machen, selbst schon solche von 1½ Jahren. Die Anfälle wurden leichter, kürzer und seltener. Die Heilung nahm nur 1—3 Wochen in Anspruch. Noch bessere Resultate hat Rehn mit Lösung von 1—2⁰% Höllenstein erzielt. Diese Inhalationstherapie, nöthigenfalls in Verbindung mit einzelnen Gaben Belladonna und öfterem Trinken von Sodawasser, kann gegenwärtig als die empfehlenswertheste betrachtet werden. Werden die Kranken im Verlauf des Keuchhustens anämisch, so ist das von Lombard empfohlene kohlensaure Eisenoxydul in grossen Dosen anzuwenden; findet im dritten Stadium eine reichliche, geradezu blennorrhoische Absonderung der Bronchien Statt, so wird das von M. Geigel gerühmte Tannin besonders in Anwendung zu ziehen sein. Von Binz ist mit dem Erfolge die Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle zu mindern, Chinin in grossen Dosen angewandt worden. Pneumonieen kann man durch ein vorsichtiges Regimen und die Anwendung der hier empfohlenen Inhalationstherapie gewiss häufig vermeiden. Sind sie vorhanden, so ist öfterer Wechsel der Lage, tiefes Einathmen auf Commando, gute Lüftung des Zimmers indicirt. Ausserdem sind kalte Umschläge auf die Brust und innerlich theils expectorirende, theils antifebrile Mittel, namentlich Chinin oder salicylsaures Natron anzuwenden.

III. Diphtheritis, Bräune.

Bretonneau: Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite ou inflammation pélliculaire. 1826.

Jaffe: Schmidt's Jahrb. Bd. 113. p. 97.

E. Wagner: Die Diphtheritis und der Croup des Rachens und der Luftwege in anatomischer Beziehung. Arch. d. Heilk. VII. p. 481.

R. Demme: Mittheilungen über eine im Berner Kinderhospitale beobachtete Diphtheritisepidemie. Jahrb. f. Kinderheilk. Neue Folge I. 1 und 3.

P. A. Maingault: De la Paralysie diphthéritique, recherches cliniques sur les causes etc. Par. 1860.

L. Letzerich: Beiträge zur Kenntniss der Diphtheritis. Virch. Arch. Bd. 45 und 46.

B. Wagner: Zur Anwendung der Milchsäure bei Croup. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. III. 1.
Oertel: Experimentelle Untersuchungen üb. Diphtherie. Arch. f. klin. Med. VIII.
Nasiloff: Ueber die Diphtheritis. Virch. Arch. Bd. L. S. 550.
Wertheimber: Die Schlunddiphtherie II. Abdr. München 1871.
Discussion in d. Berl. med. Gesellschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1872.
R. Virchow: Charité-Annalen 1875. S. 710.

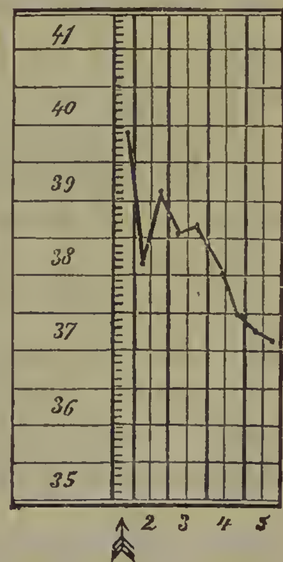
Schon im Alterthum finden sich Andeutungen über Diphtheritiserkrankungen. Das Buch des Aëtius: de ulcere Syriaco kann mit Recht als Beweis dafür angeführt werden. Den jetzigen Namen hat der Krankheit Brettonneau in Tours gegeben. Sie kommt gewöhnlich in sporadischen Fällen oder in kleinen Winter- und Frühjahrsepidemieen vor. Davon lassen sich die mächtigen Ausbreitungen unterscheiden, die die Krankheit schon öfter in den verschiedensten Ländern zum Schrecken ganzer Bevölkerungen gemacht hat. Ein solcher mächtiger Epidemieenzug begann in den ersten sechziger Jahren von den norddeutschen Küsten sich südwärts zu verbreiten, er scheint noch jezt sein Ende nicht ganz erreicht und in einzelnen Städten die Krankheit als dauernden Gast zurückgelassen zu haben.

Gewöhnlich tritt die Diphtheritis als Localkrankheit des Rachens oder der des Kehlkopfes auf. Sie kann jedoch gerade so gut die Schleimhaut des Auges, der Nase, der Vulva oder eine wunde Stelle der äusseren Haut zum Sitze wählen. Sie bleibt in den meisten Fällen örtliche Erkrankung, in anderen gehen ihre Wirkungen weiter: Albuminurie, Arthritis, Lähmungen, acute Anämie, plötzlicher Tod durch Herzschwäche können durch sie hervorgerufen werden. Es ist wahrscheinlich, dass Diphtheritis immer wieder spontan entstehen kann; ihr sporadisches Auftreten spricht dafür. Diese spontanen Fälle zeigen eine geringe Contagiosität. In den grossen Epidemieen dagegen zeigt sich die Krankheit leicht übertragbar und verbreitet sich fast ausschliesslich durch Contagion. Leider hat der ärztliche Stand durch zahlreiche Verluste hervorragender Vertreter diese Wahrheit mehr als genügend in Erfahrung gebracht. Der Ansteckungsstoff wird von der diphtheritisch erkrankten Schleimhaut selbst producirt, theilt sich dem Athem und der Absonderung der Athmungsschleimhaut mit, kann übrigens auch durch Geräthe, Wäschestücke u. dergl. übertragen werden. Es ist wahrscheinlich, dass er nicht gasförmig, sondern nur im Athem suspendirt ist. Die Vorsprünge der Mandeln fangen ihn um so leichter auf, je mehr dieselben angeschwollen und mit grossen

Lacunen ausgestattet sind. Chronische Mandelentzündung macht geneigt zur Rachenbräune. Die Mundschleimhaut ist in gesundem Zustande wenig empfänglich für den Krankheitsstoff, ebenso Oesophagus, Magen und Darm. Die Diphtheritis der Kälber geht auch auf den Menschen über (Dammann). Vom Rachen aus kann sich die Ansteckung mit dem Inspirationsstrom nach abwärts verbreiten auf Larynx und Trachea. Tracheotomirte bekommen mit Umgehung des Rachens sogleich Diphtheritis der Trachea.

In neuester Zeit mehren sich die Nachweise pflanzlicher Gebilde in den Pseudomembranen und im Blute Diphtheriekranker; Hallier, Hüter und Tommasi, Letzerich, Oertel haben solche beschrieben und als Krankheitsursache gedeutet. Die kalte Witterung begünstigt vielleicht durch das Herrschen von Katarrhen die Einwirkung des Ansteckungsstoffes. Manche Wohnungen, namentlich solche, die sehr feucht sind, übrigens auch anscheinend günstig gelegene, halten das Contagium fest und gefährden sämmtliche Hausbewohner auch bei öfterem Wechsel derselben. Entsprechend seltener als solche Hausendemieen sind Strassen- und Orts-Endemieen. Jedes Alter kann der Diphtheritis ausgesetzt sein, doch ist sie im ersten Lebensjahre sehr selten, vom zweiten bis achten am Meisten verbreitet, während von da an mit den Jahren ihre Häufigkeit wieder abnimmt. Je dichter die Epidemie, je intensiver ein Haus befallen, um so eher werden Erwachsene mit angesteckt. Einmaliges Erkranken schützt nicht vor späterem Befallenwerden, sondern macht im Gegentheil dazu geneigt. Manche Personen, namentlich solche mit chronischer Schwellung der Mandeln, zeigen als Vorläufer mit ihrer Erkrankung jede neue epidemische Ausbreitung der Diphtheritis an ihrem Wohnorte an. Acute Exantheme, Typhus, Keuchhusten, Bronchitis begünstigen das Auftreten der Diphtheritis als Nachkrankheit. Mit keiner anderen dieser Erkrankungen steht dieselbe in so naher Beziehung wie mit dem Scharlach. Manche Scharlachepidemieen bringen fast in jedem Fall dieses Leiden als Mit- oder Nachkrankheit hervor. Die Versuchung lag desshalb nahe, Diphtheritis mit Nierenerkrankungen

Fig. 23.



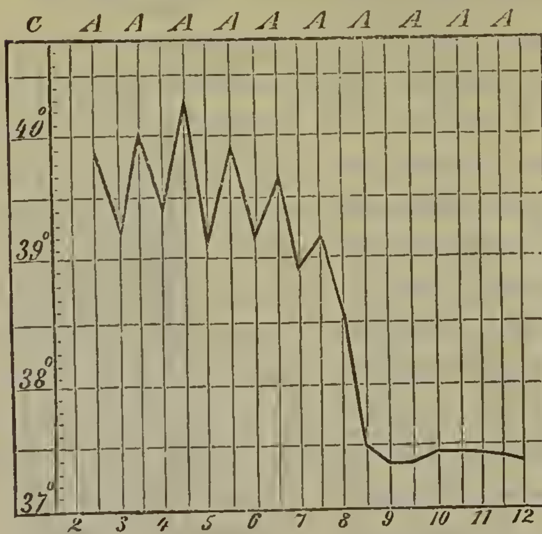
Fieberanfall durch einmalige und damit beendete diphtheritische Infection. Frost durch den Pfeil angedeutet.

als Scarlatina sine exanthemate oder selbst den Ansteckungsstoff beider Krankheiten als identisch aufzufassen (Wiedasch).

Die Incubationsdauer ist meistens eine dreitägige. Die Krankheit beginnt darnach mit einem Froste oder doch einer starken Fiebersteigerung. In den leichtesten Fällen beginnt schon am folgenden Tage ein staffelförmiger Fieberabfall, der sich in 2—4 Tagen vollzieht. In den schwereren dauert ein unregelmässig schwankender, jedoch meistens 39,5° nicht viel übersteigender Fieberverlauf während einer oder selbst mehrerer Wochen an. Auch hier findet dann ein allmähliges Sinken der Körperwärme unter starken Morgenremissionen Statt.

In manchen Fällen geht dem eigentlichen Beginne der Krankheit leichtes Uebelbefinden mit geringen Schlingbeschwerden voraus. Man überzeugt sich leicht, dass hier eine Diminutiv-Infection stattgefunden hat. Ausserordentlich kleine, weissgelbe Punkte zeigen sich auf den Mandeln, deren vollständige Zerstörung durch Aetzung zur Heilung, deren ungehinderte Weiterentwickelung dagegen nach etwa drei Tagen zum legitimen Beginne der Krankheit führt, vermittelst einer neuen, von den eigenen kleinen Erkrankungsstellen aus erfolgten Ansteckung. Das Fieber wird von den in fortschreitender Entzündung begriffenen Schleimhautparthieen aus durch Aufnahme pyrogener Stoffe in das Blut erzeugt. Die Fälle, in welchen die Entzündung am ersten Tage schon ihre volle Ausbreitung erreichte, sind es, die am zweiten in Entfieberung einzutreten vermögen. In den schwereren schwankt der Gang des Fiebers je nach den Fortschritten der örtlichen Erkrankung. Die Gefahr der Erkrankung hängt nicht allein von den neu sich entzündenden Schleimhautstellen ab, sondern auch von den Veränderungen der früher ergriffenen; desshalb steht sie mit den Fiebergraden in keiner directen Proportion.

Fig. 24.



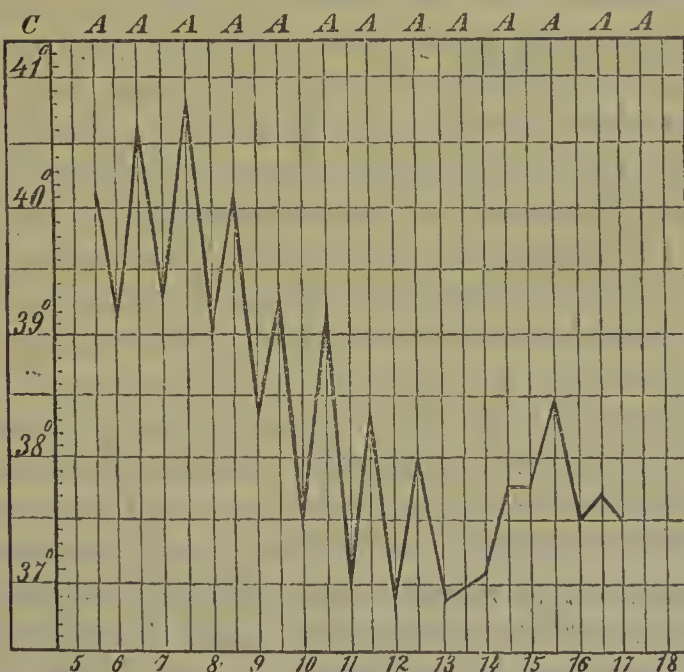
Mehrtägiger Fieberverlauf bei Diphtheritis, remittirend, schliesslich durch raschen Abfall beendet.

An den ersten Erkrankungsstellen sieht man etwa zur Zeit des

Fieberbeginnes eine fleckige, hochrothe Färbung und leichte Anschwellung. Nach 1/2—1 Tag entstehen florähnliche Trübungen oder punktförmige Auflagerungen von weisser bis weissgelber Farbe inmitten jener gerötheten Stellen. Sie verdicken und vermehren sich und werden zu einer papierdünnen bis liniendicken Schicht von buchtiger Begrenzung und bald glatter, bald stellenweise warzig verdickter Oberfläche. Gleichzeitig schwellen die benachbarten Lymphdrüsen an. Beide, die diphtheritisch erkrankte Schleimhautfläche und die zugehörigen geschwellten Lymphdrüsen schmerzen bei Druck, Zerrung oder Bewegung.

Die diphtheritische Erkrankung der Schleimhaut beginnt nach dem Gesagten stets mit Hyperämie, sodann findet eine Anschwellung der Epithelialzellen Statt und danach die Bildung lichterer Räume in den einzelnen angeschwollenen Zellen. Diese Räume sind theils einfach schleimhaltig, theils mit Kernen und Lymphkörperchen erfüllt. Endlich gehen die Kerne der Epithelialzellen zu Grunde, ihre Contouren fliessen ineinander und durch fortschreitende Bildung der erwähnten Hohlräume entsteht ein Balken- oder Maschen-

Fig. 25.



Diphtherie. Staffelförmiger Temperaturabfall beendet den Fieberverlauf.

werk, das am Rachen aus gröberen, am Larynx und weiter abwärts aus feineren Zügen zu bestehen pflegt. Gleichzeitig erscheinen in

der unterliegenden Schleimhaut oder auch dem submucösen Gewebe zahlreiche, zerstreute, nur selten zu kleinen Abscessen zusammentretende Eiterkörperchen. Die durch Umwandlung der Epithelien und Exsudation entstandene Haut von faserstoffartigem Aussehen gibt auch die chemischen Reactionen des Faserstoffes. Sie liegt bald fest und schwer trennbar, bald durch eine dünne, schleimig-eitrige Schicht getrennt auf der eigentlichen Schleimhaut auf. Am Rachen und dem Kehlkopf bis zu den Stimmbändern herab findet sich häufiger die fest anhaftende Form der Membranen, am unteren Theil der Kehlkopfschleimhaut, der Luftröhre und den Bronchien liegen sie meist lose auf und können durch einen schwachen Wasserstrahl hinweggespült oder zusammengerollt werden. Man hat von manchen Seiten her die sporadischen Fälle, andererseits die, bei welchen die Krankheit einen überwiegend localen Charakter behält, gewöhnlich aber Fälle mit leicht von der Schleimhaut trennbaren Membranen unter dem Namen Croup von der Diphtheritis scheiden wollen. Diese Trennung in zwei verschieden benannte Formen verliert sehr an Berechtigung durch das häufige Zusammenvorkommen beider Formen an einem und demselben Kranken. Die allgemeine Anschauung scheint sich auch jetzt mehr dahin zu neigen, Croup und Diphtheritis unter gemeinsamen Gesichtspunkten zusammenzufassen. Die diphtheritische Membran lässt sich überimpfen auf Schleimhäute und Hautwunden bei Thieren und das dort gesetzte Krankheitsproduct ist wieder übertragbar. Aehnliche Membranen auf thierischen Schleimhäuten hervorgerufen durch corrosive Gifte (Ammoniak, Sublimat) sind nicht überimpfbar. Liesse sich beim Menschen eine Reihe nicht übertragbarer Formen nachweisen, so würde man diese als ätiologisch verschieden abtrennen und besonders benennen müssen.

Während manche Membranen schon nach sehr wenigen Tagen sich loslösen und die Schleimhaut schon fast geheilt, nur noch etwas geröthet zurücklassen, vergrössern und verdicken andere sich während einer Reihe von Tagen und werden, wenn weggeätzt oder von selbst abgestossen, alsbald durch neue ersetzt. Nicht genug damit, in den schwersten Fällen findet die diffuse Eiterbildung in der Schleimhaut und dem submucösen Gewebe so reichlich Statt, dass unter den Membranen und nach deren Losstossung an ihrer Stelle ein eitriger oder selbst brandiger Zerfall stattfindet mit Bildung tiefgreifender Geschwüre. Kommen diese zur Vernarbung, so bleibt Missstaltung der Theile, am Rachen der syphilitischen Narbenbil-

dung nicht unähnlich, zurück, die am Kehlkopf Störung der Stimmbildung und Verengerung seiner Lichtung erzeugen kann.

Der Sitz der Diphtheritis ist am Häufigsten der Rachen und nächstdem der Kehlkopf. Diese drei Formen, Rachendiphtheritis, Kehlkopfdiphtheritis und die beider Organe zusammen müssen nun Gegenstand der specielleren Betrachtung werden. Mindestens in 4/5 aller Fälle ist der alleinige oder doch der erste Sitz der Krankheit an den Rachenorganen zu treffen. Unter diesen sind wieder die Tonsillen ganz besonders stark bedacht. Aber auch die Gaumenbögen, die vordere Fläche des weichen Gaumens und die hintere Rachenwand können fleckweise oder in ganzer Ausdehnung von der Entzündung betroffen und mit dünneren oder dickeren weissen Auflagerungen bedeckt werden. Bald nach vorausgegangenem der früher besprochenen Diminutiverkrankung angehörigem Vorläuferstadium, bald ohne ein solches, tritt ein heftiger Fieberanfall auf, der mit grosser Mattigkeit, schwerem allgemeinem Ergriffensein, häufig auch verbreiteten Gliederschmerzen einhergeht. Schon im Beginne treten Schmerzen beim Schlucken auf, die namentlich beim Genusse festerer Bissen heftig werden und mit dem Gefühl des Steckenbleibens des Bissens sich verbinden, so dass unter Verziehen des Gesichtes und Nicken des Kopfes eine gewaltsame Schlingbewegung nöthig wird. Die entzündliche Lähmung der Musculatur des weichen Gaumens verursacht diese Behinderung. Oft ist der Schmerz auch spontan und andauernd vorhanden. Bei Druck in die Gegend des Unterkieferwinkels fühlt man eine Gruppe geschwollener, empfindlich schmerzhafter Lymphdrüsen. Das Oeffnen des Mundes ist nur bei sehr intensiver Entzündung etwas erschwert. Durch die entzündliche Lähmung der Gaumenmusculatur wird der Abschluss zwischen Mund und Nasenhöhle unvollständig, daher die Sprache nasal und beim Schlingen häufig Wiederhervorkommen der Speisen durch die Nase; das Aufblasen der Backen misslingt, weil die Luft durch die Nase entweicht. Besondere Beschwerden können noch dadurch entstehen, dass mit der Diphtheritis des Rachens acuter Katarrh des Kehlkopfes sich verbindet und Dyspnöe erzeugt. Bleibt der Process am Rachen beschränkt, und lösen die gebildeten Häute sich bald, so geht die Krankheit unter rascher Entfieberung unmittelbar in Heilung über. Ungünstigere Ausgänge sind: Oeftere Nachschübe diphtheritischer Häute am Rachen, Wanderung des Processes nach der Mundhöhle (Schleimhaut der Wangen und des Zahnfleisches), nach der Nasenhöhle, dem Thränen-Nasenkanal und

der Conjunctiva, endlich mit besonderer Gefahr verbundene Wanderung der Diphtheritis nach Abwärts. Auf diesem Wege bleibt sie selten auf den Rachen beschränkt oder erstreckt sich nur nach der Speiseröhre, meist befällt sie den Kehlkopf und geht durch diesen auf die Luftröhre und die Bronchien über. Die Miterkrankung der Nase verursacht häufig Nasenbluten und eitrigen Ausfluss aus den Nasenlöchern, sie kann beim Auseinanderdehnen der letzteren und beim Einwerfen hellen Lichtes von vorn, mittelst des Rachenspiegels von der Choanen-Gegend her gesehen werden.

Die Erkrankung des Kehlkopfes tritt fast immer mit jener des Rachens zusammen auf und zwar so, dass letztere um einige Stunden oder Tage vorausgeht. Alleinige Kehlkopfdiphtheritis oder solche, bei der der Rachen erst später erkrankt, gehört zu den Ausnahmen. Die Zeichen sind theilweise die der acuten Laryngostenose, theilweise solche, die direct auf die diphtheritische Erkrankung hinweisen. Wir werden an dieser Stelle nur die der Diphtheritis zukommenden Zeichen besprechen. Schon die Rachenerkrankung und das etwaige Vorkommen von Pseudomembranen an anderen Stellen des Körpers gelten als Wahrscheinlichkeitsbeweise. Mindestens in $^9/_{10}$ der Fälle beginnt die Krankheit am Rachen und breitet sich von da erst auf den Kehlkopf aus. Die Aufnahme des Ansteckungsstoffes durch Inhalation lässt dieses Verhältniss fast als Nothwendigkeit erscheinen. Die Erkrankung beginnt nie plötzlich, sondern wird immer von katarrhalischen Erscheinungen, namentlich Heiserkeit und Husten eingeleitet. Sie ist verbunden mit einer Temperatursteigerung von 39—40° im Beginne, während acute Katarrhe des Kehlkopfes nur selten so hoch fiebern. Die Erscheinungen von Laryngostenose steigern sich, wenn durch Diphtheritis bedingt, in den ersten anderthalb Tagen andauernd oder nur mit geringen Nachlässen, während bei katarrhalischen Erkrankungen rasche Besserungen oder ein Wechsel von Anfällen und Pausen beobachtet werden. Die benachbarten Lymphdrüsen zeigen sich frühzeitig angeschwollen, häufig beseitigen ausgehustete Pseudomembranen alle Zweifel über die Natur der Krankheit. Diese lassen, wenn man sie in Wasser aufrollt und reinigt, in den meisten Fällen sicher erkennen, von welchem Theil der Kehlkopf- oder Luftröhrenwand sie einen Abguss darstellen. An diesem Orte ist die Krankheit doppelt gefährlich; sie vereinigt die Gefahren der Diphtheritis überhaupt mit jenen der acuten Kehlkopfsverengerung. Der tödtliche Ausgang tritt manchmal schon nach 1—2 Tagen, selten erst

später als nach einer Woche ein. Er ist bei frühzeitigem Eintritte durch Erstickung, in späterer Zeit mehr durch die Folgen der Diphtheritis bewirkt.

An anderen Orten, dem Auge, der Nase, den Genitalien und an Hautwunden entsteht die Diphtheritis bald durch besondere Uebertragungsweisen, bald ohne dass solche nachweisbar wären bei sehr intensiven Epidemieen. Die Fiebererscheinungen pflegen hier geringer, die übrigen Zeichen augenfälliger zu sein. Wo die Nasenschleimhaut befallen ist, findet eiteriger oder eiterig-blutiger Ausfluss Statt, dem hie und da Bröckel von Membranen beigemengt sind. Man muss die durch Einspritzungen gereinigte Nasenschleimhaut durch Auseinanderziehen der Umrandung der vorderen Apertur der Besichtigung zugänglich machen und mittelst eines Spiegels gut beleuchten, um die Krankheit ausfindig zu machen.

Die diphtheritische Schleimhauterkrankung kommt in zwei Abortivformen vor. Die eine haben wir schon früher besprochen, sie bildet nur wenige punctförmige weisse Flecken. Die andere tritt unter dem Bilde eines intensiven, Anfangs stark fieberhaften Katarrhes auf, der ein reichliches, schleimig-eitriges, höchstens hie und da mit faserstoffartigen Flocken gemengtes Secret liefert, das nur durch seine Abstammung von Diphtheritisansteckung und durch die ihm selbst anhaftende wenn auch geringe Fähigkeit, Diphtheritis wieder zu erzeugen, von anderen, einfach katarrhalischen Absonderungen sich unterscheidet. Der Verlauf dieser Form ist ein überaus günstiger, und führt in 2—3 Tagen zur Heilung. Wo sie am Rachen auftritt, ist noch als besonderes Zeichen eine auffallend rothgefleckte Färbung der Schleimhaut und einiges Anschwellen der Lymphdrüsen am Unterkieferwinkel zu erwähnen. Ich kenne sie besonders von einer tracheotomirten Diphtheritis her, bei welcher eine Anzahl junger Aerzte Schleim aus der Trachea durch einen Katheter aussaugte. Sie erkrankten nach 3 Tagen zum Theil an leichter Rachendiphtheritis, zum Theil auch nur an dieser Form. Eine besonders maligne Form ist diejenige, die als Begleiterin des Scharlachs auftritt. Sie führt zu schnellem Zerfall der Gewebe und bewirkt Drüsenschwellungen, die in Vereiterung übergehen. Wo sie von Scharlachkranken allein (ohne das Scharlachgift) übertragen wird, behält sie wenigstens letztere Eigenschaft öfter bei. Die Combination mit Scharlach ist also wenigstens nicht die einzige Ursache ihrer Bösartigkeit. — Mit verhältnissmässig

günstigem Erfolge wird sie mit kalten Umschlägen am Halse und Bepinselungen mit Eisenchlorid behandelt.

Die Resorption der in diphtheritisch erkrankten Schleimhautstellen gebildeten Producte erzeugt einerseits die Fieberbewegung, andererseits die Anschwellung der Lymphdrüsen. Mit dem fieberhaften Verlaufe und mit der directen Aufnahme schädlicher Stoffe ins Blut hängt die in vielen Fällen jedoch keineswegs ausnahmslos auftretende, meistens frühzeitig die Krankheit complicirende Ausscheidung von Eiweiss durch den Harn zusammen. Sie verliert sich meist mit oder bald nach der Diphtheritis wieder. Hie und da wird die Harnmenge sehr spärlich, dabei bluthaltig und stark mit Faserstoff- und Epithelial-Cylindern untermengt. In diesen Fällen gestaltet sich der Verlauf ganz ähnlich wie bei der Scharlachwassersucht. Auch die in manchen Epidemieen als häufige Ursache plötzlicher Todesfälle beobachteten Blutgerinnungen im Herzen sind wohl auf Rechnung in das Blut eingedrungener Krankheitsproducte zu schieben. Von den Folgezuständen, die erst gegen Ende der Krankheit oder einige Wochen nach derselben auftreten, wie Anämie und Lähmung, ist es wahrscheinlicher, dass sie durch nachträgliches Eindringen Anfangs in den geschwollenen Lymphdrüsen aufgehaltener Krankheitsstoffe durch die Lymphbahnen in das Blut entstehen. Hie und da findet man nämlich, nachdem die diphtheritische Erkrankung selbst in Besserung eingetreten oder schon vollständig abgeheilt ist, Zustände von A n ä m i e, die so acut hereinbrechen, dass sie kaum durch die Verminderung der Nahrungsaufnahme oder den Fieberverlauf genügend erklärt, sondern den toxischen Anämieen an die Seite gestellt werden müssen. Neben raschem Erblassen der Körperoberfläche und kleinem schnellem, in den schwersten Fällen wohl auch verlangsamtem Pulse, blasenden Geräuschen am Herzen und den Halsgefässen findet man äusserste Mattigkeit, Athemnoth, Ohnmacht und bisweilen auch Krampfanfälle, Erweiterung der Pupillen, Abnahme des Bewusstseins und schliesslich ein Auslöschen, das weder am Lebenden noch an der Leiche durch etwas Anderes als durch die seit wenigen Tagen hereinbrechende Blutarmuth sich erklärt. Wo die Dinge sich nicht so drohend gestalten, deprimirt und lähmt oft wochenlang ein der Chlorose ähnlicher Zustand die Kranken und weicht auch der rationellsten Behandlung nur langsam. Das Kindes- und Knabenalter scheint zu dieser Nachkrankheit besonders geneigt zu sein.

Schliesslich haben wir noch den eigenthümlichsten Folgezu-

stand der Diphtheritis zu besprechen, die Paralyse. Sie kommt auch nach anderen acuten Krankheiten vor, aber ungleich seltener, und in weniger typischen Formen. Kann man doch manchmal aus der Art der Lähmung die vorausgegangene Diphtheritis diagnosticiren. Sie wurde vorzüglich durch Trousseau und Maingault näher bekannt. Sie beginnt in der Reconvalescenz oder nach Ablauf der Krankheit, selbst nachdem schon einige Wochen dazwischenliegen. Ihre Lieblingssitze sind der Rachen, das Auge und dann die Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten in diffuser Weise. Auch die Respirations-, Schlund- und Kehlkopfmuskeln können betroffen werden. Jedenfalls liefert die Rachendiphtheritis das allergrösste Contingent der Lähmung; ob sie allein solche zu erzeugen im Stande sei, möchte ich noch dahingestellt sein lassen. In manchen Epidemieen folgen Lähmungen in jedem Falle, in anderen fehlen sie, meist treten sie bei einem kleinen Bruchtheil der Betroffenen ein. Gründe dafür kennt man nicht.

Gewöhnlich wird der weiche Gaumen zuerst gelähmt, jedoch nicht ausnahmslos. Die Sprache wird näselnd, die Speisen werden theilweise durch die Nase wieder entleert, das Aufblasen der Wangen wird unmöglich, weil die Luft durch die Nase entweicht. Später wird die nasale Sprache undeutlich und kaum mehr verständlich. Bei der Besichtigung sieht man das Gaumensegel schlaff herabhängen, die Uvula verlängert, auf dem Zungenrücken liegend. Beim Aussprechen der Vocale hebt sich der weiche Gaumen nicht, seine Mittellinie weicht jedoch bisweilen etwas nach der Seite ab. Bei tiefem Athmen schlottert das Gaumensegel vor- und rückwärts, durch die gleiche Bewegung entsteht im Schlafe lautet Schnarchen. Am Auge ist es meistens Lähmung des Accomodationsapparates, die zur Beobachtung kommt als Hypermetropie, ausserdem wechselnde Lähmung der Augenmuskeln, heute des Abducens, morgens des Oculomotorius. Dieses Ueberspringen und Schwanken in der Intensität der Lähmung gehört zu dem Charakter derselben. Man hat angenommen, dass stets Augenmuskel- oder Schlundlähmung der der Extremitäten vorausgehe (Pagenstecher), eine Regel, die zum Mindesten viele Ausnahmen aufzuweisen hätte. Bouchut leitet die Seh-Störung nicht allein von Accommodations-Lösung ab; er fand ophthalmoscopisch: Neuroretinitis, Abflachung und diffuse Ausbreitung der Papille, ausgebreitete Steatose der Sehnervenausbreitung. Es soll sich um vom Rachen her aufsteigende Neuritis handeln.

Am Larynx ist es ein sehr bestimmter Typus, den die Lähmung einhält. Die Stimme ist schwach, aber weder klanglos noch erheblich heiser, sie ermüdet und versagt jedoch leicht. Dagegen ist der Verschluss des Kehlkopfeinganges insufficient, so dass die Speisen massenhaft in die Luftwege eindringen. Die Reflexerregbarkeit ist sehr vermindert, so dass eine Kranke z. B. vor meinen Augen ein grosses Glas Milch austrank, von dem nachher über die Hälfte wieder ausgehustet wurde. Laryngoskopisch sieht man nur, dass Stimm- und Taschenbänder sich unvollständig annähern und erstere sich wenig spannen. In einem Falle fand ich zugleich noch isolirt im Grunde des Sinus pyriformis fortbestehende Diphtheritis. Das häufige Fehlschlucken und das noch durch die Mangelhaftigkeit des Hustenactes erschwerte Wiederaushusten der grösseren Masse des Genossenen wird in zwei Richtungen gefährlich, durch Inanition und durch jene Pneumonie, die durch die fehlgeschluckten Ingesta gerade so erregt wird, wie nach Vagus-Durchschneidung. Lähmung der Respirationsmuskeln bewirkt Dyspnöe, Schwäche der Stimme und erschwertes Husten. Ihr Hinzutreten zur Kehlkopflähmung ist daher besonders schlimm. An den Extremitäten geht meist geringer Schmerz, Ameisenlaufen, Taubsein der motorischen Lähmung voraus und begleitet sie; oft ist die Anästhesie das Ueberwiegende. Einzelne Finger machen den Beginn, die übrigen folgen nach. An der ganzen Hand, namentlich an der Volarseite, stellt sich ein Gefühl von Vertaubtsein ein, die feineren Bewegungen werden ungeschickt, das Auf- und Zuknöpfen der Kleider z. B. macht die grössten Schwierigkeiten. Diese Sensibiliatsstörung breitet sich an den Vorder-, vielleicht auch Oberarmen aus, und beginnt an den Zehen und Unterschenkeln ebenso. Dadurch wird der Gang unsicher und bei geschlossenen Augen schwankend. Bei der Untersuchung findet man die Tastkreise erweitert, auch die Wärmeempfindung vermindert. Bald nach dem Eintritte dieser Empfindungsstörungen nimmt auch die Muskelkraft ab. Leichtes Ermüden, zitternde Bewegungen, schwache Leistungen, die nur mittelst verstärkter Willensimpulse ausgelöst werden, zeigen dies an. So kann das Gehen erst im Dunkeln, in schnellem Schritt, und auf weitere Strecken, dann vollständig unmöglich gemacht werden, ebenso die Bewegung der Arme erst geschwächt, dann aufgehoben. Ziemlich frühzeitig nimmt auch an dieser allgemeinen Lähmungsform die Nackenmusculatur Theil, der Kopf kann nicht lange aufrecht gehalten werden, sondern sinkt mit dem Kinn

auf die Brust, und bei Kindern, die noch getragen werden, nach rückwärts. Auch die aufrechte Haltung wird durch die Lähmung der Rückenmuskeln und das Athmen durch die der Brustmuskeln erschwert.

Selbst die hülflosesten Kranken derart sind heilungsfähig. Die elektrische Contractilität der Muskeln ist erhalten oder nur wenig vermindert. Man muss annehmen, dass periphere Erkrankung der Nervenstämme die Lähmung verursacht. Man findet bei genauerer Untersuchung z. B. des N. ulnaris oder radialis, dass die elektrische Sensibilität desselben bis zu einer gewissen Stelle von der Peripherie an vermindert, dagegen central von dieser erhalten ist. Auch Bartels und Ziemssen sind zu dem gleichen Resultate gekommen, die diphtheritische Lähmung als periphere Nervenerkrankung zu betrachten. Sie muss leichter Art sein, da sie sich durch ihre vollständige Heilungsfähigkeit und den raschen Wechsel der Erscheinungen auszeichnet. Der Beginn der Lähmung am Orte der Erkrankung, der denn doch als Regel betrachtet werden darf (Rachendiphtheritis: Gaumenlähmung), zeigt, dass es sich um nächste Wirkungen von der Diphtheritis selbst gelieferter Krankheitsprodukte handelt, die erst später mittelst des Blutstromes in Berührung mit den entfernter liegenden Nervenstämmen kommen. Nach den Experimental-Untersuchungen von Oertel ist Extravasatbildung in den Nervenscheiden die wesentlichste Ursache der diphtheritischen Lähmung. Auch rheumatoide, seltener suppurative Gelenkentzündungen und Endokarditis kommen als Nachkrankheit der Diphtheritis vor. Besonders für diese Endokarditis ist die Entstehung durch Spaltpilzkolonieen wahrscheinlich. Polyarthritis diphtheritica behält meist die mittleren und grösseren Gelenke.

Die Diagnose der Diphtheritis ist leicht, und namentlich lässt Soor und Milchbeschlag des Rachens sich leicht, wenn überhaupt Zweifel bestehen, durch die mikroskopische Untersuchung unterscheiden. Bei Kindern können auch kaum Eiter absondernde Geschwüre nach Diphtheritis mit Syphilis verwechselt werden. Bisweilen mag wohl eine leichte Scharlacherkrankung übersehen und nur die dazu gehörige Diphtheritis erkannt werden. Will man die Unterscheidung von Croup und Diphtheritis festhalten, so wird man die ansteckenden, epidemischen, mit Albuminurie verknüpften Formen zur Diphtheritis rechnen, die sporadischen, die mehr eine locale Erkrankung darstellen, zum Croup; oder vom anatomischen Standpuncte aus zur Diphtheritis diejenigen, welche der Schleimhaut fest anhaften und bei ihrer Losstossung Geschwüre hinter-

lassen. Die diphtheritischen Lähmungen können um so schwerer erkennbar sein, wenn die Diphtheritis selbst leicht verlaufen und nicht zur Diagnose gekommen war, weil in sehr seltenen Fällen auch andere acute Krankheiten ähnliche Lähmungen hinterlassen. Einige Male hat mich erst die Verschlimmerung, die bei neuer diphtheritischer Erkrankung auftrat, auf die richtige Fährte geführt. Am leichtesten ist die Lähmung des Gaumensegels zu erkennen. Auch die Lähmung des Schlundes kommt bei Kindern wenigstens nicht leicht in ähnlicher Form anders begründet vor; bei Erwachsenen kann sie der von Duchenne beschriebenen Paralysis glosso-pharyngo-labialis gleichen. Bei der allgemeinen Lähmung ist die gleichzeitige Anämie, die Störung der Sensibilität und die Ataxie der Bewegungen von Bedeutung.

Die Prognose der Krankheit ist, wo sie auf den Rachen, die Nase oder den Mund beschränkt bleibt, ziemlich günstig. Die grössten Gefahren sind vom Uebergreifen derselben auf den Kehlkopf abhängig. Hier beträgt die Mortalität der Krankheit zwischen $^2/_3$ und $^3/_4$ der Fälle. Nächstdem bringen die Anämie, die Blutung aus brandigen Geschwüren, die gleichzeitige Bildung pneumonischer Heerde, die Lähmung und die stärkeren Nierenerkrankungen die meisten ungünstigen Ausgänge zu Wege.

Zur Verhütung der Krankheit können die Absperrung gegen Diphtheritiskranke, die Entfernung der übrigen Kinder aus der inficirten Familie, nöthigenfalls das Verlassen eines Hauses, das dauernd Krankheitsheerd geworden ist, endlich die sorgfältige Behandlung chronischer Tonsillenerkrankungen empfohlen werden. Zur Zeit von Epidemieen wird man gut thun, täglich zuvor die Rachenorgane der gesunden Familienmitglieder zu besichtigen, ehe man das erkrankte Kind vornimmt.

Durch sorgfältige Zerstörung der ersten Krankheitsanfänge an den Rachenorganen, durch Höllensteinätzung kann oft der eigentlichen Krankheitsentwicklung vorgebeugt werden. Gerade die oben beschriebene Diminutivform der Krankheit lässt mit Sicherheit ein solches Coupiren durch gründliche Aetzung zu. Sind die Membranen nicht mehr punctförmig, sondern schon etwa zur Linsengrösse gediehen, so ist dieser Erfolg der Aetzung zwar zweifelhaft, ihre versuchsweise Anwendung aber dennoch geboten. Diese Abortivwirkung, die man zu erzielen hofft, gibt die wesentlichste Indication für die Vornahme der Aetzung ab. Die Mittel, deren man sich dazu bedient, sind ausser dem Höllenstein noch Chromsäure, Essig-

säure, Jodkaliumlösung, Kali causticum. Mit Recht ist man von der oft wiederholten Aetzung in neuerer Zeit zurückgekommen, sie steigert die Entzündung und trägt eher dazu bei, den Process auszubreiten, als ihn zu vermindern.

Für die spätere Zeit sind zur örtlichen Anwendung hauptsächlich zu empfehlen die oxydirenden Desinfectionsmittel, namentlich übermangansaures Kali, Wasserstoffhyperoxyd und Chlorwasser in Form der öfteren Bepinselung und die Einathmung von Bromdämpfen, ferner die antiseptischen Desinfectionsmittel Carbolsäure und Alcohol. Durch Desoxydation wirken in gleicher Richtung die empfohlenen Schwefelpräparate, Einblasung von Schwefelblumen, Acidum sulfurosum örtlich. Dann verdienen Beachtung die lösenden alkalischen Mittel, Kalkwasser, Lithion- oder Sodalösung zum Gurgeln oder Pinseln, endlich von den reinen Adstringentien verdünntes Eisenchlorid oder Tannin in Glycerin gelöst. Bei der Wahl unter diesen Mitteln sind die Indicationen aus der speciellen Sachlage im einzelnen Falle zu entnehmen. Bald wird es sich mehr darum handeln, die gebildeten Membranen zur Lösung zu bringen, bald mehr darum, die fortwährende Vergrösserung und Neubildung derselben durch fleissige Desinfection zu verhindern, oder der Tendenz zum brandigen Zerfall entgegen zu wirken, manchmal auch die Schwellung und Blutüberfüllung der unterliegenden Schleimhaut, den Boden, auf dem die Diphtheritis wuchert, durch Adstringentien umzustimmen. Ich habe in der letzten Zeit mit Vorliebe von öfteren Bepinselungen mit Spiritus vini rectificatus Gebrauch gemacht und halte die erzielten Resultate für günstig.

Auch zum inneren Gebrauch sind vielerlei Mittel empfohlen worden: Schwefel und Kupfer, Quecksilber, Copaiva und Cubeben, Citronensaft u. s. w. Vertrauen in ausgebreitetem Maasse haben sich nur wenige erworben. Vor allem das chlorsaure Kali in 3—5 % Lösung täglich zu 100—150 Grm. gegeben, Seeligmüller 5 % Lösung («gesättigte L.») ohne Syrup; dann das kohlensaure Natron zu 3—7 Grm. per Tag und das Eisenchlorid, das gleichfalls in verhältnissmässig grosser Dose angewandt werden muss. Chlorsaures Kali kann wohl als das vorzüglichste und beliebteste der inneren Mittel gegen Diphtherie bezeichnet werden. Doch ist zu beachten, dass zu grosse Dosen toxisch wirken: direct das Hämoglobin verändern.

Befällt die Diphtheritis den Kehlkopf, so wird man bei den ersten Anzeichen kalte Umschläge am Besten in Form einer

Eiscravatte um den Hals legen, Kali chloricum reichen und häufige Inhalationen von Kalkwasser machen lassen, etwa alle 3 Stunden. Die Eisumschläge wirken direct der Entzündung entgegen und mässigen jedenfalls die Blutüberfüllung und Schwellung der Schleimhaut, die wesentlichen Antheil an der Verengerung des Athmungskanales haben. Ganz besonderes Gewicht ist auf die Anwendung der Inhalationen zu legen; ausführbar sind sie auch schon bei 1½jährigen Kindern, wenn man nur die nöthige Mühe darauf verwenden will. Würden sie auch nichts weiter leisten, als die Abspülung der verengten Stelle von katarrhalischem Secret, so würde ihre Anwendung schon genügend gerechtfertigt sein. Die Versuche von Küchenmeister haben gezeigt, und jetzt wieder diejenigen von Bricheteau und Adrian bestätigt, dass das Kalkwasser diphtheritische Membranen auflöse. Biermer hat zuerst am Lebenden davon Gebrauch gemacht mit günstigem Erfolg. Seither hat sich das Kalkwasser noch vielfach als eines der wirksamsten Mittel — inhalirt bei Krankheiten des Kehlkopfes, aufgepinselt bei solchen des Rachens oder äusserer Theile — bewährt. Nach K. hat das kohlensaure Lithion in Lösung, nach B. und A. die Milchsäure eine ähnlich lösende Einwirkung auf die diphtheritischen Membranen. Gelingt es, diese Inhalationen tüchtig in Gang zu bringen, so ersetzen sie die früher beliebten Aetzungen mit Höllensteinlösung mehr als zur Genüge und in weit schonenderer Weise. Gelingt es durch die erwähnten Mittel nicht, die Verengerung des Kehlkopfes rechtzeitig zu beheben, so tritt der Luftröhrenschnitt in seine Rechte.

Gegen die Anämie der Diphtheritiskranken muss man versuchen, durch rechtzeitige Anwendung von Eisen und Chinin anzukämpfen. Bricht sie rasch herein, so müssen concentrirte Fleischnahrungsmittel und starke Weine gegeben werden. Ob in den acutesten Fällen dieser Anämie die Transfusion einen günstigen Erfolg haben könne, muss die Erfahrung noch lehren. R. Demme hat dieselbe in einem Falle mit momentan günstigem Erfolge aber tödtlichem Ausgange angewandt. Für die Lähmungen erweisen sich stets heilsam die Anwendung des Eisens innerlich, äusserlich die des unterbrochenen, oder wo dieser versagt des constanten Stromes. In schweren Formen kann auch die Anwendung des Extr. nuc. vomicarum innerlich oder des Strychnin's subcutan von Erfolg sein. Die Reconvalescenz wird in allen Fällen durch Landluft, gute Ernährung, Gymnastik und kalte Waschungen befördert werden können.

Tritt während der Diphtheritis Nierenerkrankung in acuter Weise mit bedeutender Verminderung der Harnmenge auf, so kann man die von Letzerich empfohlene Anwendung von Cataplasmen auf die Nierengegend versuchen. Wo mehr der Hydrops als Nachkrankheit sich geltend macht, sind warme Bäder mit nachfolgender Einpackung, Pilocarpin-Injectionen, diuretische Decocte, Mittelsalze, die den Harn alkalisch und reichlich machen, in ähnlicher Weise wie nach Scarlatina in Anwendung zu bringen.

IV. Dysenterie, Ruhr.

A. Hirsch: Historisch-geographische Pathologie II. p. 194.
H. v. Bamberger in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie Bd. VI. Abth. I. p. 354.
S. Basch: Anatomische und klinische Untersuchungen über Dysenterie. Virch. Arch. Bd. XLV. p. 204.
Weissenfels: Diphtherie des Darmes. Diss. Berl. 1868.
Clar: Zur Pathologie und Therapie einiger der wichtigsten Dickdarmkrankheiten im kindlichen Alter. Jahrb. f. Kinderkr. Bd. I. p. 223.
O. Heubner: Arch. d. Heilkde Bd. XII. S. 412.

Die Krankheit entsteht sporadisch und nicht contagiös in Folge directer Reizungen des Darmes; Genuss stark saurer Milch erzeugt sie so bisweilen bei Säuglingen. Sie entsteht secundär sporadisch und nicht contagiös aus ähnlichen Gründen, z. B. beim Morbus Brightii durch die Ammoniakbildung aus Harnstoff im Darme (Treitz).

Die epidemische Ruhr, in heissen Ländern endemisch, macht bei uns in heissen Spätsommern Epidemieen, die das platte Land mehr befallen als die Städte, sich durch directe Contagion ausbreiten, aber auch durch das Trinkwasser ausweislich zahlreicher Beobachtungen bewirkt werden können. Reizungen des Darmes durch stagnirenden Koth (Virchow), Diätfehler, Genuss saurer Früchte können zum Erkranken besonders disponiren. Kinder bis zu 5 Jahren werden am Meisten befallen (36 % Oesterlen, med. Statistik). Einmalige Erkrankung schliesst späteres Befallenwerden von Ruhr nicht aus. Der Krankheitskeim geht von der Schwangeren auf den Fötus über (Strack, Zimmermann). Die Incubation betrug bei einzelnen Kranken der Jenaer Klinik, die anderer Leiden halber aus Ruhrorten hereingekommen waren, mindestens 7 und 11 Tage; in einem neueren Falle 7 Tage: ein Ruhr-

kranker lag eine Stunde in einem Krankensaal, wurde dann isolirt; die ganze Stadt war ruhrfrei; seine beiden Bettnachbarn erkrankten nach 7 Tagen. Der Krankheitskeim der Ruhr bedarf, wenn er sich zum Contagium entwickeln soll, besonders hoher Temperaturen, sein Gebundensein an feuchtes Klima und Malariagegenden wird neuerdings von Hirsch widerlegt. Die Bodenbeschaffenheit (Bodentemperatur, Grundwasser) scheint für das Vorkommen der Dysenterie von Bedeutung. Manche Orte sind fast immun, andere werden sehr oft heimgesucht. Die autochthone Entstehung muss für diese Krankheit verhältnissmässig häufig angenommen werden. Die Ruhr ist ungemein combinationsfähig; auch neben acuten Infections- und Darmkrankheiten kommt sie öfter vor, so neben Abdominaltyphoid, wie namentlich im letzten Kriege sich öfter ergab. — Die Annahme, dass die Dysenterie durch Pilzkeime entstehe, findet in den Untersuchungen von Hallier und von Basch starke Stützen.

Die Uebertragung dieser Krankheitserreger erfolgt auf mehreren Wegen: 1) sofort auf die zur Erkrankung bestimmte Schleimhaut, z. B. durch verunreinigte Klystierröhren, 2) per os mittelst inficirten Trinkwassers, 3) durch die Ausdünstung der Kranken (?), ihrer beschmutzten Wäsche, ihrer Dejectionen — ohne Berührung, durch blosse Annäherung, wahrscheinlich durch Einathmung des Ansteckungsstoffes. Letztere Art scheint die gewöhnlichste zu sein. Ist dies richtig, so erzeugen zwei verschiedene Ansteckungsstoffe, auf dem gleichen Wege in den Körper gelangt, der dysenterische und der diphtheritische, ähnliche Erkrankungen an verschiedenen Orten. Die gesammte Epidemieenlehre beider zeigt, dass die Diphtheritis des Rachens eine von der Diphtheritis des Dickdarmes ätiologisch ganz verschiedene Krankheit sei. Auch die Dysenterie hat eine Diminutivform, einfache Diarrhöe, bei der nur auffallend lange geballte Kothmassen neben gewöhnlicher diarrhoischer Flüssigkeit abgehen. Sie kann durch diese Abortivfälle verschleppt werden und in ächter Form durch deren Contagium entstehen.

Die anatomischen Veränderungen des fast ausschliesslich befallenen Dickdarms beginnen auf der Höhe der Falten oder an den einspringenden Winkeln der Flexuren, indem die Schleimhaut sich fleckig, dann zusammenfliessend livid röthet, anschwillt und an der Oberfläche weisslich wird. Diphtheritisähnliche Umwandlung der Epithelialschicht bewirkt einen bröcklichen grauweissen Beleg, der fest anhaftet und die Dicke von 1—2 Mm. erreichen kann. Anfangs inselförmig, fliessen diese Auflagerungen

zu ausgebreiteten Membranen zusammen, die den ganzen Dickdarm oder doch grosse Theile desselben, besonders die unteren und die Flexurgegenden auskleiden. Die ganze Darmwand wird ödematös, die Serosa trüb und glanzlos, in den schweren Fällen zugleich hyperämisch und mit eitrig-faserstoffigem Anfluge belegt, der Darm wird schlaff und weit, die Falten ragen verdickt und an der Oberfläche höckerig in das Lumen herein. Den Inhalt des Darmes vertritt eine kothig-blutige oder schleimig-blutige mit Exsudatfetzen und sagoartigen Schleimklümpchen untermengte Flüssigkeit. Bei recht acutem Verlaufe bleibt der gelähmte Darm mit Kothballen gefüllt, die von der beschriebenen Flüssigkeit umspült werden. In den höchsten Graden wird die Darmschleimhaut in brandigen Fetzen abgestossen, das submucöse Gewebe serösblutig durchtränkt, die Muskelhaut blass und brüchig, die Serosa blutreich und an ihrer Oberfläche eitrig-jauchig getrübt. Immer schwellen die benachbarten Lymphdrüsen hyperämisch an, bisweilen finden sich in dem blutreichen Gewebe derselben einzelne umschriebene wie markig aussehende Stellen. Die Geschwüre auf der Innenseite des Darmes, die durch den brandigen Zerfall der Schleimhaut entstehen, heilen in den meisten Fällen rasch und werden von verdünnter Schleimhaut überkleidet, oder wo dies ihrer Grösse halber nicht zu Stande kommt, zunächst von dünnem Narbengewebe. Ausgebreitete Geschwüre können mit Verengerung des Darmes heilen, manche dauern fistuslös in der Submucosa weitergrabend an, während die übrige Schleimhaut längst geheilt ist (chronische Dysenterie). Von den schon in allen schweren Fällen im submucösen Gewebe, oft auch weiterhin thrombosirten Venen aus kommen in der Ruhr heisser Länder ebenso oft, als bei uns selten, Pfortaderembolieen mit nachfolgender Suppuration (Leberabscesse) zu Stande. In schweren Fällen kommt als Complication parenchymatöse Entzündung der Niere vor, die nach der Heilung der Ruhr sich selbständig weiter entwickeln kann. Die Todesfälle erfolgen meist durch septische Infection oder Erschöpfung. — Die mikroskopischen Veränderungen der Schleimhaut hat Basch genauer studirt und so ziemlich übereinstimmend für alle Bestandtheile der Darmmucosa den Uebergang in körnige, structurlose Masern gefunden. Die Untersuchungen von E. Wagner stellen den Ruhrprocess abweichend von den gewöhnlichen Angaben als einfach entzündlichen, nicht als diphtheritischen dar. Das was sonst als Auflagerung bezeichnet wird, ergibt sich darnach nur als nekrotische Schicht, während allerdings

im submucösen Gewebe faserstoffige Exsudat-Fäden neben zahlreichen weissen Blutzellen getroffen werden.

Die Erscheinungen der Ruhr beginnen bald mit einem Froste oder öfterem Frösteln, bald mit einfacher Diarrhöe. Erbrechen ist seltener. Binnen kurzer Zeit stellt sich häufige schmerzhafte Diarrhöe ein, die sich bis zu 20—30 Entleerungen in 24 Stunden steigern kann, bei der die kothigen Ballen immer seltener werden, dagegen eine schleimig-blutige, stark eiweisshaltige Flüssigkeit bald die ganze Masse des Entleerten bildet. In ihr schwimmen gallertartige sago-ähnliche Klümpchen und Fetzen diphtheritischer Membranen. Die Anfangs fade riechende Masse wird späterhin äusserst übelriechend, missfarbig und enthält selbst Fetzen brandig zerfallener Schleimhaut. Diese Stühle bilden das Hauptkennzeichen der Krankheit. Sie erfolgen nach und unter heftigen Leibschmerzen; in der Zwischenzeit besteht schmerzhafter Stuhlzwang, der die Kranken zu öfteren vergeblichen Versuchen oder zum Hervorpressen weniger Tropfen blutiger Flüssigkeit nöthigt.

Die heftige Entzündung des Darmrohres, die der Krankheit zu Grunde liegt, verursacht Erhöhung der Körperwärme um 1—3 Grade, die, von dem Gange der örtlichen Erscheinungen abhängig, atypisch, doch meist mit deutlichen Morgenremissionen verläuft. In leichten Fällen findet nach wenigen Tagen ein langsamer Fieberabfall statt, in schweren kann nicht allein der Uebergang pyrogener Stoffe von der entzündeten Schleimhaut aus lange andauern, sondern auch während der Reconvalescenz durch Jaucheresorption von den ulcerösen Stellen der Darmschleimhaut aus wieder Grund zu Fieberbewegung, namentlich Frösten gegeben werden.

Die Untersuchung des Unterleibes zeigt eine weiche, mässig vorgewölbte, selten stark aufgetriebene Beschaffenheit. Auch der Grad der, so lange die Kranken bei Bewusstsein sind, stets vorhandenen Schmerzhaftigkeit des Unterleibes bei Druck ist ein wechselnder. Besonders die Gegend, in der das Kolon gelagert ist, schmerzt bei Berührung. Je stärker die Serosa mit entzündet, um so lebhafter die Druckempfindlichkeit der Bauchdecken. Trotz der Verdickung seiner Häute kann das Kolon nicht oft und nur an wenigen Stellen gefühlt werden, am Leichtesten am S. romanum in der linken Inguinalgegend, nächstdem in der rechten, in der auch geschwollene Lymphdrüsen des Mesokolon getastet werden können, soweit die Schmerzhaftigkeit der Theile es zulässt. In manchen Fällen bekommt man an einem durch das lebhafte Pressen

entstandenen Prolapsus ani den Ruhrprocess direct zu Gesicht, der dann bei weit lebhafterer Röthe der Schleimhaut, als man sie an der Leiche zu sehen gewohnt ist, die grosse Aehnlichkeit mit dem diphtheritischen Processe, wie wir ihn vom Rachen her kennen, recht deutlich zur Anschauung bringt. Die überaus grosse Schmerzhaftigkeit des Mastdarmes macht es wenigstens bei Kindern zu schwierig, sich mittelst des Mastdarmspiegels öfter eine directe Anschauung des dysenterischen Processes zu verschaffen. Der Harn ist sehr spärlich, theils des Fiebers, theils der Diarrhöe halber, reich an Uraten, sehr oft eiweisshaltig. Die Milz erscheint eher klein wegen verminderter Blutspannung im Pfortadergebiete. Während der Reconvalescenz können sich rheumatoide Gelenkschwellungen einstellen.

Die Körperoberfläche erblasst nach kurzer Dauer der Krankheit, weniger des Fiebers, als der starken Eiweiss- und Blutverluste am Darme wegen. In schweren Fällen bekommen die Züge ein verfallenes, mumienhaftes Aussehen und die Vertheilung der Körperwärme wird eine sehr ungleiche, der erlöschenden Herzkraft halber erkalten die Extremitäten vorzeitig bei beträchtlicher Hitze des Rumpfes. Der Puls erlangt eine Frequenz, die nach der Höhe der Körperwärme kaum erwartet würde, wird klein und weich, zu dem verfallenen Aussehen der Züge tritt in Folge der Herzerschlaffung Cyanose hinzu, und in halbparalytischem Zustande, mit erschlafftem Sphinkter ani, im Schweisse gebadet, an Sinnen stumpf und muskelschwach gehen viele Kranken nach längerer Agonie zu Grunde. Die Diarrhöen fliessen zuletzt unwillkürlich ab, mit dem sinkenden Herzdrucke wird die Harnabsonderung aufs Aeusserste vermindert. Geht die Ruhr in die chronische Form über, so werden die Durchfälle zwar seltener, aber die Stühle behalten eine schaumige, zersetzte, blutig gestreifte, mit Gallertklümpchen gemengte Beschaffenheit. Die Kranken werden nicht dauernd fieberfrei, magern ab und werden anämisch, schwellen in der Knöchelgegend an und sterben meist an dem dauernden Säfteverluste oder consecutiver Nierenerkrankung. In einzelnen Epidemieen folgen auf die Ruhr acute Gelenkentzündungen, meist von gutartiger Verlaufsweise. In heissen Ländern kommt als Nachkrankheit Leberabscess, durch Pfortaderembolie bewirkt, vor.

Diesen Gang nimmt übereinstimmend wie bei Erwachsenen die epidemische Ruhr im Kindes- und Knabenalter. Die weit seltenere sporadische Ruhr der Säuglinge macht die Erscheinungen

des acuten Brechdurchfalles mit einzelnen Fieberschauern, kläglichem Wimmern, frühzeitigem, auf starker Resorption der Parenchymsäfte beruhendem Einfallen des Gesichtes, selbst Trocken- und Glanzloswerden der Cornea und einzelnen Blutpunkten oder Streifchen in den schleimig-wässerigen Stühlen. — Sie führt ziemlich in allen Fällen zum Tode, indess die epidemische Ruhr im Kindesalter zwar mehr Todesfälle als bei Erwachsenen (je nach den Epidemieen 5—40%) liefert, aber doch keine so ganz schlimme Prognose abgibt, besonders bei frühzeitig eingeleiteter Behandlung.

Bei den Maassregeln zur Verhütung der epidemischen Verbreitung der Ruhr muss man die nachgewiesenen Uebertragungsweisen derselben berücksichtigen. Schwämme, Klystierspritzen, Steckbecken u. dergl. müssen, wenn sie überhaupt bei anderen Leuten wieder in Gebrauch kommen sollen, mittelst siedenden Wassers desinficirt werden. Durch diese Gegenstände könnte eine directe Uebertragung der Ruhrkeime auf das Ende des Rectums erfolgen. Wo in einzelnen Stadttheilen die Ruhr epidemisirt, muss das Wasser der betreffenden Brunnen untersucht, und wo es sich verunreinigt zeigt, oder wo starke Gründe, die aus dem Verbreitungskreise der Krankheit hervorgehen, dafür sprechen, müssen die verdächtigen Brunnen geschlossen werden. Schwächliche Kinder sollten aus Städten, wo die Epidemie herrscht, entfernt und nach gesunden Landaufenthalten gebracht werden. Ruhrkranke Kinder müssen von ihren Geschwistern getrennt und isolirt werden. Selbst Diarrhöekranke sollten zur Zeit solcher Epidemie nicht in die Schulen, Kinderbewahranstalten u. s. w. zugelassen werden. Am Dringendsten ist in Kinderhospitälern die Isolirung der Ruhrkranken und Verdächtigen geboten. Die Dejectionen müssen sogleich aus den Zimmern geschafft und vor dem Ausgiessen mit siedendem Wasser, Carbolsäure oder Chamäleonlösung desinficirt werden. Die beschmutzte Wäsche wird sogleich in siedendes Wasser gesteckt oder in Carbolsäurelösung. Den Einzelnen wird man durch Fernhalten von Diätfehlern, Verbieten von Obst, Gurken, Salat und ähnlichen Speisen, durch warme Kleidung, sorgfältige Behandlung jeder Diarrhöe sowohl als jeder Stuhlverstopfung weniger erkrankungsfähig zu machen suchen.

Ist die Krankheit zum Ausbruche gekommen, so beginnt man am Besten die Cur mit Anwendung eines Abführmittels, um noch lose haftende Krankheitskeime wegzuschwemmen und den Koth zu entleeren, und den Darm für die Einwirkung von Arzneimitteln

zugängiger zu machen. Ob hiezu Ricinusöl, Kalomel, Bittersalz, Electuarium lenit. oder welches sonst von den milderen Abführmitteln gewählt wird, dürfte ziemlich einerlei sein. Die Wirkung muss nur eine rasche, aber auch rasch vorübergehende sein. Danach eignen sich für den inneren Gebrauch Bitterstoffe (Colombo, Ratanhia, Cascarilla) oder Adstringentien (Tannin, Plumb. acet., Chinas. Kalk) in Verbindung mit Opium. Ich habe gewöhnlich Tannin (grm. 0,4—1 pro die) mit Opium (grm. 0,025—0,1 pro die) in mehreren Pulvern oder mit etwas Wein in Mixtur angewendet, öfter auch ein Decoct von Salep und Colombo mit Opiumtinctur und Syr. emulsiv. Vom grössten Werthe und trotz aller entgegenstehenden Schwierigkeiten in keinem Falle zu vernachlässigen sind Klystiere von 1—4% Höllensteinlösung, die am Directesten auf den kranken Darm einwirken und in ähnlicher Weise den Tenesmus beschwichtigen, wie Höllensteinbepinselungen den Schmerz einer wundgescheuerten oder verbrühten Hautstelle. Sie werden 1—3mal täglich Anfangs in kleineren, später in grösseren Portionen applicirt. Auch grosse Klystiere von Eiweisswasser sind in letzterer Beziehung nützlich. Die von Wien aus wegen der analogen Wirkung dieses Mittels bei Diphtheritis empfohlenen Klystiere aus Kali chloricum haben sich nicht bewährt. Die Unterleibsschmerzen werden bekämpft durch Opium, dann durch Umschläge mit gewärmten Tüchern, die bei Kindern sich leichter anwenden lassen als Breiumschläge. So oft feste Kothballen in schleimig-blutigem Stuhle erscheinen, muss wieder ein Abführmittel gegeben werden.

Die Diät wird auf Suppen und schleimige Getränke beschränkt, soweit der Kräftezustand eine Ernährung nöthig macht, sind im Magen und oberen Theile des Darmes leicht resorbirbare Stoffe zu geben, wie Fleischbrühe, Milch, Eigelb. Bei Verfall der Kräfte und Herzschwäche muss Rothwein in dreisten Dosen angewandt werden.

Bei chronischer Ruhr empfiehlt sich bei möglichster Ernährung durch im Magen leicht lösliche Proteinsubstanzen die innerliche Anwendung von Höllenstein, Bismuth. subnitr., vorzüglich von Ferr. sesquichlor. solut. — Auch Klystiere von Tannin, Höllenstein oder Plumb. acet. sind zugleich zu verordnen. Bei Säuglingen ist von vorne herein besondere Aufmerksamkeit auf die Ernährung zu verwenden, wenn die Körperwärme rasch sinkt, das warme Bad zu Hülfe zu nehmen, im Uebrigen mit den gleichen Mitteln, nur in entsprechend kleineren Dosen zu operiren, wie oben angeführt.

V. Cholera epidemica.

Ch. asiatica, epidemische Brechruhr.

Griesinger: Infectionskrankheiten. II. Aufl. p. 428.
Eisenschitz: Bericht über die Choleraepidemie des J. 1866. Jahrb. f. Kdrkrhtn VIII. III. 31.
A. Monti: Thermometrie der Cholera epidemica. Jahrb. f. Kdrkrhtn VIII. 3. 109.
A. Monti: Die epidemische Cholera im Kindesalter. Jahrb. f. Kdrkrhtn. N. F. II. p. 201 u. III.
Fernet: Du Choléra chez les enfants. L'union 1866.
Loeschner: Schlussbericht über die 49—51 in Prag beobachtete Cholera-epidemie. Prag 1854.
Hauner: Aus dem Kinderhospitale zu München. Jahrb. f. K. VIII. S. 37.

In den Cholera-Epidemieen werden Kinder zwar in verschiedenem Maasse, aber immer stark befallen. So waren in Berlin 1866 die zwei ersten Lebensjahre am stärksten betroffen, in Zwickau lieferten 1866 die drei ersten Jahre 10%, die sieben folgenden 14% der Erkrankten. Auch in den Berichten aus Halle und Stettin ist das erste Lebensdecennium bei weitem am stärksten betheiligt. In Stettin lieferte es mehr als ¼ der Gesammtzahl der Erkrankungen. Auch für Thüringen und Sachsen berechnet L. Pfeiffer, dass die ersten 10 Jahre ¼, die ersten 15 ⅓ der Todesfälle liefern, doch findet er das Säuglingsalter auffallend gering betheiligt. Für andere Orte und Gegenden stellt sich die Sache günstiger. Allenthalben ist die Mortalität im ersten Lebensjahr sehr gross, so dass sie erst jenseits des 50sten Lebensjahres übertroffen wird. Vom 1ten Lebensjahr bis zum 5ten nimmt sie langsam ab, um dann in den folgenden 5 Lebensjahren sich verhältnissmässig günstig zu gestalten; z. B. in Berlin 1866 betrug sie für das erste Lebensjahr 85 %, für das zweite und dritte 81%, für das vierte 72%, das fünfte 70%, von da bis zum zehnten 57%. Die Häufigkeit der Cholera im ersten Lebensjahr spricht gegen einen bedeutenden Einfluss des Trinkwassers auf ihre Entstehung. Die Cholera kann schon im Mutterleibe von dem Blute der Mutter aus auf das Kind übertragen werden, so dass dieses todt und mit den anatomischen Veränderungen der Cholera behaftet, zur Welt kommt. Freilich erfolgt die Ausstossung der Frucht viel häufiger in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft, als in den letzten und auch da hat man oft das todtgeborene Kind ohne Spur von Choleraveränderungen gefunden. Beispiele, welche dagegen sprechen, dass das Choleragift mit der Muttermilch

übertragen werde, sind in grosser Zahl bekannt, da die Milchabsonderung nicht aufhört, sondern nur vermindert wird. Der Hauptsache nach sind die zahlreichen Erkrankungen von Kindern in den Choleraepidemieen von Einathmung des Giftes abzuleiten, das sich von in Zersetzung begriffenen Excrementen Cholerakranker verbreitet.

Die Incubationsdauer wird so verschieden, ja so ohne alle Uebereinstimmung angegeben, dass man sie wohl als wechselnde betrachten muss, von einigen Stunden bis zu 10 Tagen. Im Mittel dürfte sie nach den besseren Angaben etwas über drei Tage betragen. Der Eintritt der Erkrankung wird wesentlich begünstigt durch anderweit erworbene Diarrhöen, namentlich der Durchfall der Neuentwöhnten gilt in der Beziehung als so gefährlich, dass man verlangt, das Entwöhnen zur Zeit und am Orte des Herrschens einer Choleraepidemie zu unterlassen.

Den Beginn der Erkrankung bilden Erbrechen, Diarrhöe oder erhöhter Durst. Am constantesten als Symptom der Cholera ist die Diarrhöe. Als Prodromalerscheinung kommt sie verhältnissmässig selten vor. Man weiss wohl, dass diarrhöekranke Kinder häufig von Cholera betroffen werden, aber es lässt sich nicht mit einiger Häufigkeit eine schon dem Choleraprozess angehörige Diarrhöe nachweisen. Die Diarrhöe im Anfall ist äusserst profus. Nachdem rasch der kothige Darminhalt entleert ist, sprudelt eine in den meisten Fällen wässerige, reiswasserähnliche oder dünnmilchige Flüssigkeit hervor, die geruchlos oder wenigstens nicht faecalriechend ist, alkalisch, seltener neutral reagirt, von niederem specifischen Gewicht. Die Diarrhöe kann etwas gemindert bis zum Stadium algidum oder zum Typhoid andauern, oder mit dem eigentlichen Anfall enden. —

Gleichzeitig vor oder bald nach der Diarrhöe beginnt das Erbrechen. Es kommt nicht in allen, aber fast in allen Fällen vor, erfolgt meist mit grosser Leichtigkeit und fällt bei Säuglingen weniger reichlich aus als später. Es ist besonders dann bezeichnend, wenn es sich häufig wiederholt und reiswasserähnliche oder, wie gewöhnlich jenseits des Säuglingsalters, wässerige Flüssigkeit liefert. Die Physiognomie verändert sich dabei ohne eigentlichen Ausdruck von Nausea. Schluchzen tritt zwischen den Brechbewegungen nicht oft auf. Erbrechen und Diarrhöe entleeren den Unterleib nicht. Durch die schlaffen Bauchdecken fühlt man Magen und Darm schwappend mit Flüssigkeit gefüllt. Manche legen grosses Gewicht auf die durch die Percussion nachweisbare Erweiterung des Magens.

Als Folge der massenhaften Entleerungen verfallen die Gewebe, ihre Parenchymflüssigkeit wird resorbirt. Dieses Verfallen macht sich im ganzen Aussehen des Kranken, vorzüglich im Einsinken und dem erstorbenen Ausdruck des Auges kleiner Kinder bemerklich. Das Blut wird eingedickt, an Masse vermindert, die Arterien verlieren ihre Spannung, der Blutdruck sinkt; er wird ungenügend, irgend eine Bewegung an den mittelgrossen Arterienstämmen zu erzeugen »Asphyxie«, Secretionen zu unterhalten, die Harnblase wird leer getroffen, die Cornea und Conjunctiva des Auges trocknen. Bei dem Nachlassen des arteriellen Druckes häuft sich Blut in den kleinen Venen an und bedingt das bläuliche Aussehen der Haut. Alle äusseren Theile erkalten, die Haut wird steif, doch nicht scleromartig, selbst der Athem berührt die Hand als kühler Hauch.

Messungen in der Achselhöhle, zeigen dem entsprechend die Temperatur meistens gesunken, bisweilen hoch; Messungen im Mastdarm dagegen, wie sie bei Erwachsenen von Güterbock, bei Kindern von Monti gemacht wurden, zeigen ein sehr verschiedenartiges, in seinen Gründen noch nicht recht erklärtes Verhalten der Körperwärme. Nach Monti finden sich Erhöhungen der Temperatur um mehrere Grade, normales Verhalten der Körperwärme und auch Sinken derselben bis zu mehreren Graden. Die hohen Steigerungen im Beginn oder im weiteren Verlauf des Stadium algidum (bis zu 41,8) sind von ungünstiger prognostischer Bedeutung; ebenso auch das rasche Sinken unter die Norm. Andauernd normale, verhältnissmässig wenig schwankende Temperaturen der Haut geben den günstigsten Anhaltspunkt. Wo die Körperwärme gegen Ende stark erhöht war, steigt sie oft auch noch nach dem Tode etwas. Die Temperaturen im Mastdarm und in der Achsel können sehr grosse (bis 2°) und sehr geringe Differenz bei vergleichenden Messungen ergeben. Die höchsten Temperaturen (z. B. 41,8 in der Achselhöhle) fand ich in der Epidemie des Jahres 1873 bei Mädchen zwischen 8 und 16 J. mit tetanischen Krämpfen vor.

Die Einwirkung auf das Nerven- und Muskelsystem zeigt sich etwas verschieden im Vergleich zu Erwachsenen. Völliges Erlöschen der Stimme zeigt sich keineswegs oft; manchmal bleibt die Stimme unverändert, am häufigsten erscheint sie nur heiser und in ihrer Höhe modificirt. Während Krämpfe der Wadenmuskeln vermisst werden, findet Monti die Aductoren der Oberschenkel und deren Flexoren in starrer Contractur. Gegen Ende erlöschen die Zeichen des Bewusstseins und treten in einer Minderzahl von

Fällen allgemeine Wechselkrämpfe ein oder mässige Starre der Rücken- und Nacken-Muskeln. —

Einige Cholerakranke, besonders im Beginne der Epidemieen erliegen bereits im Anfalle, d. h. während sehr reichlicher Ausleerungen aus dem Magen und Darm ohne entwickelte Folgeerscheinungen. Die meisten jedoch weisen die Erscheinungen des Stadium asphycticum oder algidum in ganzer Entwicklung auf und sterben etwa zur Hälfte in demselben, ein Theil der Kranken überwindet dieses Stadium und fällt aus der Kälte und Erstarrung in einen vielgestaltigen fieberähnlichen Zustand, das Typhoid. Es sind dies etwa $1/6$ der Betroffenen. Der Puls kehrt wieder, die schwachen zum Theil erloschenen Herztöne werden laut und stark, der Gesichtsausdruck belebt sich, die Wangen werden geröthet, die Haut warm. Die Urinabsonderung kommt wieder in Gang und zwar ist der spärliche erstabgesonderte Harn constant von hohem specifischem Gewichte, stark Eiweiss- und Cylinder-hältig, der nächste zuckerhältig (Huppert). In jenen einfachen Fällen, in welchen es sich nur um die Ausgleichung der gestörten Circulationsverhältnisse und Elimination angesammelter Stoffwechselprodukte in den Geweben handelt, ist die Temperatur nur Abends um einige Zehntel oder nicht bedeutend erhöht. Wo dagegen örtliche Entzündungen, der Anhäufung excrementitieller Produkte in den Geweben entstammend, sich entwickeln, findet sich höhere, prognostisch ungünstige Steigerung der Körperwärme vor. Erysipel, Pneumonie, Parotitis u. dergl. können hohe, nahezu continuirliche Temperatursteigerungen begründen. Ein Exanthem im Typhoid ist hie und da, gerade bei Kindern sehr selten beobachtet worden. Man darf daraus keineswegs irgend einen Zusammenhang mit irgend einer Typhusart folgern. Es sind Urticaria oder Erythema multiforme, die man beobachtete. Oedem der Augenlider oder der Beine entwickelt sich nicht selten. Auch eine förmliche Desquamation am Schlusse des Typhoids habe ich wiederholt gesehen. Ein Theil der Kranken stirbt im Typhoid.

Die Diagnose von Cholera epidemica und Ch. nostras, von dem durch den Ansteckungsstoff der Seuche erzeugten Brechdurchfall und jenem, der namentlich in heissen Sommern durch einfache alimentäre Schädlichkeiten entsteht, beruht in letzter Instanz auf der Entstehungsweise. Doch sind bei Cholera nostras die Stühle selten so ganz ohne Gallenfarbstoff, wie bei ersterer und die Einwirkungsweise der Krankheitsursache ist schwächer, eher durch

energischen therapeutischen Eingriff aufzuhalten, auch während reichlicher Ausleerungen wird der Unterleib nicht leer, sondern lässt immer noch starken Flüssigkeitsgehalt nachweisen. Die Gastroenteritis toxica kann ein sehr ähnliches klinisches und selbst anatomisches Bild liefern. Virchow hat dies kürzlich bei Gelegenheit einer Arsenvergiftung hervorgehoben. Der mikroskopische Nachweis irgend welcher pflanzlicher Parasiten ist hier nicht genügend für die Sicherstellung der Choleraerkrankung, wohl aber lassen sich chemisch die etwa wirksam gewesenen Gifte darstellen. Die Besichtigung der Stuhlentleerungen, die nie versäumt werden darf, sichert vor Verwechselung mit Dysenterie und gewissen Typhusformen.

Die Prognose ist um so schlimmer, je jünger das Kind, je stürmischer der Beginn der Krankheit, je reichlicher die Ausleerungen, je vollständiger das asphyctische Stadium sich entwickelt. Auch die Temperatur des Rectums gibt insoferne einen Anhaltspunkt, als je mehr sie sich auf- oder abwärts vom Normalen entfernt, um so ungünstiger die Aussichten sich gestalten. Im Typhoid ist starke Temperaturerhöhung ungünstig, weil sie auf locale Entzündungen hinweist. Sind alle Erscheinungen mässig und stellt sich die Diurese bald und reichlich her, so darf man auf Genesung hoffen. Im Beginn einer Epidemie enden mehr Fälle tödtlich, gegen Ende verlaufen mehr gutartig.

Am wenigsten Einfluss auf die Prognose hat bis jetzt die Behandlung. Gegen prodromale Diarrhöe und leichte, abortive Formen ist das Opium (meist als Tinctur zu einigen Tropfen je nach dem Alter gereicht) unbestritten das wirksamste Mittel. Im Anfalle selbst werden Medicamente vom Tract aus sogut wie gar nicht resorbirt, aber auch die subcutane Injection derselben hat die grossen, beim Beginn der vorletzten Epidemie darauf gesetzten Hoffnungen keineswegs gerechtfertigt. Für den inneren Gebrauch im Anfalle wenden manche auch noch das Opium an, andere wollen von Calomel, Argentum nitricum, Chinin, Kreosot etc. Erfolg gesehen haben. Im asphyctischen Stadium haben unter den Reizmitteln vorzugsweise Campher, Aetherarten, Punsch, starker Wein oder Kaffee sich Geltung verschafft. Daneben gibt man heisse, vielleicht mit Senf versetzte Bäder oder lässt Eisabreibungen machen. Kommt bei Asphyctischen der Puls von selbst wieder, so bleibt er und hebt sich, kommt er auf heisse Bäder und ähn-

liche Reizmittel wieder, so ist es meist um bald wieder zu verschwinden.

Im Typhoid ist kühlendes, die Diurese förderndes Verhalten und Behandlung der einzelnen hervortretenden Symptome indicirt. In der Epidemie des Jahres 73 drängte sich die Erfahrung auf, dass sowohl grosse Dosen Opium als auch starke Reizmittel den Verlauf des Anfalles selbst verschlimmern und namentlich die Entstehung des Typhoids begünstigen. Wir haben im Algor Eisabreibungen, bei vorwiegender Diarrhöe Tannin mit Opium oder Extr. belae indica, bei häufigem Erbrechen Rothwein oder Rum mit Sodawasser am liebsten gegeben. In einzelnen Fällen hat man Erfolge gesehen von der Transfusion (S t a d t h a g e n), Branntwein, Salz und heissem Wasser, Chinininjection, Wasserinjection in die Venen, Terpentineinathmungen, im Grossen aber blieb auch in der letzten Epidemie die Mortalität allenthalben über 50 %. Ist so die curative Therapie wenig erfolgreich, so kann doch die P r o p h y l a x e entschieden mehr leisten. In Cholerahäusern sind die Aborte zu schliessen, nöthigenfalls zu vermauern, nur Nachtstühle zu gestatten, in welchen die Dejectionen sofort mit Carbolsäure und Eisenvitriollösung übergossen und gemischt werden. Die Zimmer müssen gereinigt, die Fenster offen gelassen, Essig- und Chlordämpfe darin entwickelt werden. Die Wäsche der Kranken muss sofort in Zinkvitriollösung gesteckt und damit gekocht werden. Ganze Familien können gerettet werden, wenn sie aus unreinlichen, inficirten Häusern heraus in gute Wohnungen gebracht werden.

III. Gruppe:

Nicht contagiöse oder schwach contagiöse acute Infectionskrankheiten.

Die beiden Erkrankungen, die hier eingereiht werden müssen, haben sehr wenig mit einander gemein, kaum mehr, als dass sie acute Infectionskrankheiten sind, die die speciellen Charaktere der ersten und zweiten Gruppe nicht theilen. Obwohl sich denselben nicht alle Contagiosität absprechen lässt, ist doch die Uebertragung für die Intermittens nur auf besonderen ausnahmsweisen Wegen möglich, für die Meningitis cerebrospinalis epidemica wenigstens nicht strict erwiesen.

I. Febris intermittens, Wechselfieber, Fièvre intermittente.

Griesinger in Virchow's Handb. Bd. II. Abth. II. p. 6.
Bouchut: Traité pratique des maladies des nouveau nés etc. Paris 1867. éd. V. pag. 767.
J. Bierbaum: Der Intermittensprocess im kindlichen Alter. Journ. f. Kinderkrankheiten XXXVIII. p. 194.
Thomas: Ergebnisse aus Wechselfieberbeobachtungen. Arch. d. Heilk. 1866. Jahrg. VII. pag. 225 und 289.
Schramm: Ueber das genuine Wechselfieber. Bayer. ärztliches Intell.-Blatt 5. 1859.
Binz: Das Chinin in den Krankheiten des kindlichen Alters. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. 3. pag. 233.
Stephan Baur: Ueber das Wechselfieber. Tüb. Diss. 1857.
Bohn: Das Wechselfieber und seine verschiedenen Formen im Kindesalter. Jahrb. f. Kdrhlkde. N. F. VI. S. 115.
J. Lewis Smith: The medical record 185. 1873.

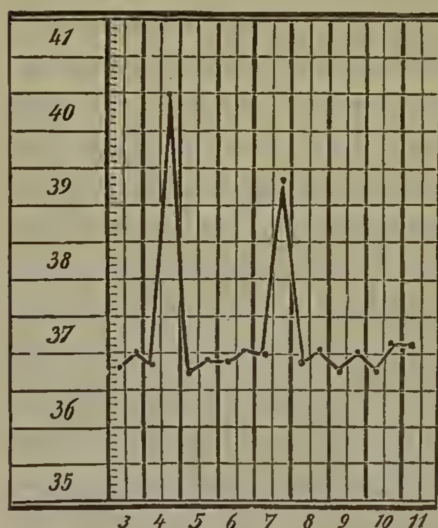
Das Wechselfieber nimmt unter den acuten Infectionskrankheiten eine eigenthümliche Stellung ein. Es ist mindestens eben so sicher als diejenigen der ersten Gruppe durch pflanzliche Organismen, die in den Körper eindringen, erzeugt. Salisbury, der zuerst Palmellaarten als Grund desselben nachzuweisen glaubte, will sogar durch Transport derselben das Wechselfieber bei Bewohnern sonst völlig fieberfreier Gegenden zum Ausbruche gebracht haben, in deren Zimmern er die palmellahaltigen Rasenstücke deponirte. Dennoch unterscheidet sich das Wechselfieber von den übrigen acuten Infectionskrankheiten, die man glaubt auf Entophyten zurückbeziehen zu können, in wesentlichen Puncten. Es befällt nicht nur einmal im Leben, im Gegentheil, es gibt keine stärkere Disposition zu Wechselfiebererkrankung, als die, schon früher daran gelitten zu haben. Es hat eine völlig inconstante Incubationsdauer, die von einigen Stunden bis zu mehreren Wochen, selbst Monaten wechselt, im Mittel allerdings nur 3 Tage betragen dürfte. Es ist eine viel fester an den Boden gebundene endemische und viel mehr als jene von Temperatur und Feuchtigkeit abhängige Erkrankungsform. Sümpfe, Sumpfboden und frisch gerodetes Land produciren die Wechselfieberursache und theilen sie sowohl der Luft als dem Trinkwasser mit. Die Küsten der Nord- und Ostsee, die Rhein- und Donau-Niederungen, in Thüringen das breite unwegsame Ueberschwemmungsgebiet der Unstrut sind Hauptsitz der Krankheit. Canalisation, Austrocknungsarbeiten und fortschreitende Landescultur können sie da verdrängen, wo sie früher endemisch

war. Sie entwickelt sich mit dem Beginne unserer wärmeren Jahreszeit, vermindert sich im Verlaufe der heissen Zeit, wenn die Sümpfe austrocknen, um dann entweder ganz auszubleiben während des Herbstes und Winters, oder während des ersteren eine zweite schwächere Epidemie zu machen. In den subtropischen Gegenden herrscht sie andauernd, nur während der Sommermonate stärker, in den tropischen wird sie durch die Regenzeit verdrängt. Die Krankheitsursache kann mit dem Wasser getrunken werden, meist jedoch scheint sie mit der Athmungsluft hereinzukommen. Unterschiede in der Incubationsdauer oder den Symptomen, die sich auf diese beiden Entstehungsweissen der Krankheit zurückzubeziehen liessen, kennt man derzeit nicht. Kinder sind dem Wechselfieber mehr ausgesetzt als Erwachsene. Dies bezeugt z. B. Schramm in Bodenwöhr und Baur für die Gegend von Tübingen. Letzterer hatte zwischen dem 1. und 20. Lebensjahre 51 % sämmtlicher Erkrankungsfälle. Auch in der einzelnen Epidemie zeigt sich dies, indem die Kinder den Anfang zu bilden pflegen (Griesinger). Nach Bohn ist besonders stark das 2.—7. Lebensjahr, speciell das 2. und 3. disponirt. In dem einzelnen Kranken scheint sich der Krankheitsstoff lange zu erhalten oder aber zu reproduciren. Leute, die auswärts angesteckt waren, behalten mitunter in wechselfieberfreien Gegenden monatelang die Krankheit. Ganz eigenthümlich verhält es sich mit der Contagiosität. Die importirten Wechselfieber, von welchen wir eben sprachen, stecken niemals Jemanden an, aber die Wechselfieberursache geht über von der Mutter auf die Frucht. Man hat beobachtet, dass wechselfieberkranke Schwangere während ihrer Anfälle besonders lebhafte Bewegungen der Frucht empfanden (Stokes), dass die Kinder wechselfieberkranker Mütter mit Milzgeschwulst zur Welt kamen und alsbald an Anfällen litten, die mit denen der Mutter auf die Stunde zusammentrafen. Also ist kein Zweifel, dass die Ursache der Krankheit die Wände der Placentargefässe durchdringt, und es ist wahrscheinlich, dass sie dies gerade während der Anfälle thut. Aber noch mehr: nach guten Beobachtungen von Boudin, Baxa u. A. wird auch durch die Milch der Säugenden Wechselfieber auf den Säugling übertragen. Nach einer Beobachtung von Sous würde sogar der Säugling die Amme zu inficiren im Stande sein. Was man über die Ansteckungsfähigkeit des Schweisses und der Dejectionen von Wechselfieberkranken gesagt hat, das dürfte bei der Unsicherheit der Incubationsdauer der Krankheit nur mit grosser Vorsicht auf-

zunehmen sein. Bei Kindern jenseits des zweiten Lebensjahres, namentlich aber nach dem fünften Lebensjahre tritt die Krankheit mehr in den gleichen Formen wie bei Erwachsenen auf. Bald nach einem gastrischen oder unbestimmt febrilen Vorläuferstadium, bald ohne ein solches stellen sich Frostanfälle ein, die nach regelmässigen Intervallen wiederkehren, täglich (quotidiana), andertägig u. s. w. (tertiana, quartana, quintana etc.), in doppeltem Rhythmus (duplex, duplicata), jedes Mal etwas früher oder später (anteponens, postponens).

Im gesammten Kindesalter herrscht der quotidiane Typus vor, so fand Lewis Smith unter 32 wechselfieberkranken Kindern unter $3^1/_2$ J. 19 Quotidianen, bei Erwachsenen der tertiane, wenigstens für den Beginn der erstmaligen Erkrankung. Bei längerer Dauer oder Rückfällen erfolgt leicht der Uebergang in einen anderen Typus. Die Stunde der Anfälle trifft nach Bohn mehr zwischen Mittag und Mitternacht, während sie bei Erwachsenen häufiger in die zweite Hälfte der Nacht und die erste des Tages fällt. In jedem Anfalle schwillt die Milz, nach demselben verkleinert sie sich wieder, aber ein Theil der Schwellung bleibt und summirt sich mit der Zahl der Anfälle. Sehr häufig gerade bei Kindern entstehen wiederholte Ausbrüche von Herpes labialis nach den Anfällen. Schon vor dem entschiedenen Beginnen des Anfalles steigt die Körperwärme, die Nägel werden blau, das Gesicht blass, häufiges Gähnen und Recken macht sich nöthig, Rieseln längs des Rückens leitet dann den Frost ein, während dessen die Körperwärme rascher steigt. Auch im Anfang des Hitzestadiums dauert dies noch fort, dann beginnt sie zu sinken, um während des Schweisses ihrer Normalhöhe sich zu nähern, die sie dann bis zum nächsten Anfall einnimmt.

Fig. 26.

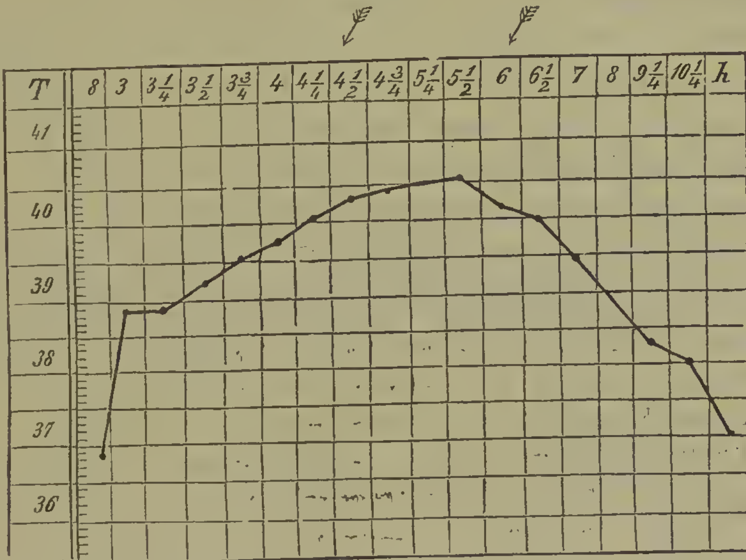


Intermittens quartana. Abendliche Anfälle, Curve bei 2 Messungen täglich.

Der Frost ist meist ein eigentlicher Schüttelfrost mit kleinem Puls, verfallenem Aussehen, Schrumpfung der Haut, kalten peripheren Theilen. Das Umgekehrte, turgescentes Aussehen, voller Puls, heisse trockene Haut findet sich im folgenden Stadium. Reichliches,

oft stundenlanges Schwitzen beendet den Anfall. Das Maximum der Körperwärme fällt meist auf den Anfang des Hitzestadiums und beträgt nicht selten über 40° C. Bei sehr hohen Temperaturen im Anfang treten bisweilen Delirien auf. Unvollständige Anfälle im Anfange, häufiger noch gegen Ende der Krankheit bringen nicht einmal immer die leichtesten, subjectiven Beschwerden mit sich,

Fig. 27.



Intermittens quartana. Curve des Anfalles bei ¼stündiger Messung. Der erste Pfeil bezeichnet den Anfang des Hitze-, der zweite den des Schweissstadiums.

z. B. Bedürfniss zu gähnen, sich zu strecken, Gefühl von Unbehagen, Kälte der Fingerspitzen; sie können angedeutet sein durch kurzdauernde geringe Steigerung der Körperwärme, die zur Zeit des Anfalles sich einstellt, oder selbst auch ohne dies durch typisch auftretende Vermehrung der Harnstoffmenge des Harnes (Abortivformen). Längere Dauer des Wechselfiebers bewirkt Anämie, Albuminurie, Hydrops, Melanämie. Letztere Beiden kommen durch intensive Einwirkung der Malaria-Ursache auch schon frühzeitig zu Stande.

Anders verhält sich das Wechselfieber bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren. Hier treten von Anfang an die Anfälle als quotidiane auf; sie halten nicht genau die gleiche Zeit ein, sondern schwanken unregelmässig hin und her. An die Stelle des Frostes, der, da die Vorläufer undeutlich zu sein pflegen, den Anfang des Anfalles macht, tritt manchmal ein Krampfanfall, häufiger ein Zustand von Schlaf, Blässe der Haut, Kälte und Blauwerden der Extremitäten. Der Puls ist klein und schnell. Die

Nägel sind blau, die Lippen blass, die Körperwärme steigt so hoch wie sonst im Fieberanfall. Zittern und Gänsehaut treten nicht auf. Nachdem dieser Zustand ¼—1 Stunde gedauert hat, folgt ein etwas längeres Hitzestadium mit grosser Lebhaftigkeit, Aufregung und Unruhe, vollem frequentem Puls, geröthetem, gedunsenem Aussehen. Das Schweissstadium ist nur schwach ausgesprochen und kurzdauernd. Die Apyrexieen erscheinen getrübt durch Zeichen von Schwäche, Blässe, Apetitlosigkeit und Empfindlichkeit, dies desshalb, weil Anämie sich schneller entwickelt mit allen ihren nachtheiligen Folgen für die Verdauung, als bei Erwachsenen. Die Milzanschwellung ist constanter und grösser als bei jenen und wird meist schon beim Befühlen des Unterleibes bemerklich, hie und da selbst schon bei der Besichtigung, indem die Umrisse des Organes an den Bauchdecken sich abzeichnen. Oft treten noch Anschwellungen der Leber, skorbutische Erscheinungen, Diarrhöen und Oedeme hinzu. In eigentlichen Wechselfiebergegenden scheinen nicht wenige Kinder diesem Malaria-Siechthum zu erliegen. Während die häufige Erschwerung und Ersetzung der Fieberanfälle der Kinder durch Krampfanfälle längst bekannt ist, hat erst Bohn gezeigt, dass die von tiefem Verfall und Schlaf begleiteten Formen, dann die Anfälle intermittirender Neuralgie, Dysenterie, Entzündung, psychischer Aufregung u. dergl. verhältnissmässig häufig vorkommen. Seine Schilderung einer intermittirenden Frontalneuralgie bei einem 1½jährigen Knaben, ist geradezu als mustergültig zu bezeichnen. Quartane Frontalneuralgie bei einem 7½j. Mädchen beschrieb Kroner.

Die Diagnose ist ebenso wichtig als schwierig. Wenn das Uebel erkannt wird, ist ihm leicht abzuhelfen. Aber diese Anämieen werden häufig von Tuberculose, Bauchscropheln, Wurmreiz und allerlei ähnlichen Krankheiten irrthümlicherweise abgeleitet. Auch mit Typhen können sie verwechselt werden. Die Hauptkennzeichen liegen in dem Verhalten der Körperwärme und in dem der Milz. Erstere zeigt während einiger, nicht gerade immer derselben, Stunden des Tages hohe Steigerung und in der ganzen Zwischenzeit normalen Stand; letztere kann sowohl durch die Betastung als die Percussion als um das Mehrfache vergrössert nachgewiesen werden. Eine solche Milzgeschwulst könnte höchstens in drei Richtungen verwechselt werden: man könnte sie für eine Speckerkrankung des Organes halten, für eine durch Einlagerung von syphilitischen Gummigeschwülsten bewirkte Anschwellung, oder

endlich für eine leukämische Milz. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes und die Abwesenheit von anderweiten scrophulösen, syphilitischen etc. Krankheitserscheinungen wird die Diagnose sichern. In weit vorgeschrittenen Fällen könnte sogar die Anwesenheit schwarzer Pigmentschollen im Blute das Wechselfieber kennzeichnen.

In Betreff der Behandlung des Wechselfiebers wird man zunächst bei Schwangeren und Ammen besonders sorgfältig zu Werke gehen, um die Frucht, resp. den Säugling vor Ansteckung von dieser Seite her sicher zu stellen. Auch die Wahl des Trinkwassers, die Wahl der Spaziergänge, namentlich das Vermeiden abendlichen Aufenthaltes in Sumpfterrain verdient Beachtung. Wo man kann, soll man Wechselfieberkranke aus der Malariagegend weg ins Gebirge schicken. Ausserdem ist es räthlich, durch eine grosse Dose Chinin von 0,1—0,8 grm. (je nach dem Alter der Kinder) die Fieberanfälle zu unterdrücken, dann aber durch öftere, 3—5mal kleinere Dosen Rückfällen vorzubeugen, d. h. so lange einzuwirken, bis die Milz auf ihren normalen Umfang zurückgekehrt ist. Unter den verschiedenen Chininpräparaten verdient das chlorwasserstoffsaure seiner leichten Löslichkeit halber den Vorzug. Es wird am Besten in Pulverform oder Lösung eingenommen. Wo es seines bitteren Geschmackes halber durchaus nicht genommen werden sollte, liesse es sich im Klystier beibringen, oder wo gar nicht anders möglich, in Form der hypodermatischen Injection. Diese erfordert 2—3mal kleinere Dosen als die innere Anwendung. Sie ist sehr schmerzhaft, dafür aber auch von weit rascherer Wirkung. Besonders geeignet zu hypodermatischen Injectionen ist die Lösung des reinen Chinin's in Aether. Wo Chinin versagt, kann Eucalyptus-Tinctur zu 12—20 Tropfen 3mal täglich versucht werden oder bei chronischen intermittirenden Neurosen Solutio arsenicalis Fowleri zu 1—3 Tropfen stark verdünnt mehrmals täglich. Die zurückbleibende Anämie erfordert häufig Behandlung mit Eisen und Chinin und eine dem starken Appetit entsprechende reichliche, kräftigende Diät.

II. Meningitis cerebrospinalis epidemica, Genickkrampf.

Rinecker: Meningitis cerebrospinalis epidemica in Verhandlungen der Würzburger physik.-medic. Gesellsch. I. p. 246.
A. Hirsch: Historisch-geographische Pathologie II. 624.
Niemeyer: Die epidemische Cerebrospinalmeningitis nach Beobachtungen im Grossherzogthum Baden. Berl. 1865.

L. Pfeiffer: Die Epidemie von Meningitis cerebrospinalis im Eisenacher Kreis. Jen. Zeitschrift II. 3.
Ziemssen und Hess: Klinische Beobachtungen über Meningitis cerebrospinalis epidemica. Deutsch. Arch. f. klin. Med. I. p. 72.
Mannkopf: Ueber Meningitis cerebrospinalis epid. etc. Braunschw. 1866.
Kehrer: Die Cerebrospinalmeningitis bei Säuglingen. Oestr. Jahrb. f. Pädiatrik. I. Bd. 1873.

Die ersten isolirten Epidemieen dieser Krankheit wurden 1805 in Genf, 1814 in Grenoble, 1822 in Vésoul beobachtet. Dann folgte 1837—49 eine Reihe von Epidemieen in Frankreich, die vorzüglich dem Stromgebiet der Loire, der Rhone und des Rheines angehörten, den inneren Theil des Landes fast ganz verschonten. Diese französischen Epidemieen betrafen vorzüglich Soldaten, nisteten sich in überfüllten Kasernen einzelner Regimenter ein und wurden unter Verschonung der Officiere und Unterofficiere vorzüglich den Rekruten gefährlich. Damals schon hat man die Verbreitung der Krankheit durch einzelne abmarschirende Truppentheile nach anderen Garnisonsstädten gesehen, so dass sie die Krankheit nicht allein für sich mitbrachten, sondern auch unter der Civilbevölkerung verbreiteten. Die gleichzeitigen und späteren grossen Epidemieen in Italien, Algier, Skandinavien und Amerika sind hier von geringerem Interesse. Zum ersten Mal trat in Deutschland eine sehr lichte Epidemie 1851 in Würzburg auf, die von Rinecker erkannt und beschrieben wurde. Dann begann 1864 in Bromberg, Berlin und Stettin ein grosser Epidemieenzug, der sich, theils gleichmässig, theils sprungweise vorschreitend, bis zu Ende jenes Jahres über den grössten Theil von Deutschland verbreitet hatte.

Auch diesmal wurde die Erfahrung gemacht, dass die Krankheit durch Dislocation von Truppenkörpern verschleppt wurde; so nach Rastadt von Ostpreussen; im Ganzen war die Erkrankung jedoch weit mehr unter der Civilbevölkerung verbreitet. Kinder wurden überwiegend befallen, so in der Gegend von Eisenach unter 53 Personen 42 unter 10 Jahren, in Rastadt in den 14 ersten Lebensjahren 72 von 126 Erkrankungen u. s. w. Das männliche Geschlecht ist nur etwas stärker bedacht. Die meisten unter allen Epidemieen fallen in die kalte Jahreszeit; doch kann dieses Verhältniss allein nicht von zu grossem Einfluss sein, so haben wir in Jena eine lichte Epidemie, die, wie es scheint, isolirt dasteht, in der heissesten Zeit des Sommers 1868 beobachtet. Herrscht die Krankheit einmal, so bildet sie besonders intensive Seuche-

heerde in Kasernen, Gefängnissen und ähnlichen Anstalten. Aber auch darin kann kein sehr wesentliches ursächliches Moment gesehen werden, denn zwischen oft meilenweit entfernten Krankheitsheerden finden sich vereinzelte Fälle auf dem flachen Lande, die in keiner anderen Beziehung zu jenen Epidemieen stehen, als in der der Gleichzeitigkeit und des erwähnten geographischen Verhältnisses. Die autochthone Entstehung der Krankheit ist nicht zu bezweifeln. Man darf nur an das plötzliche Auftreten derselben in Arnhem 1860—61 denken, zu einer Zeit, wo sie sonst nirgends in Europa vorkam. Obwohl die Krankheitsursache verschleppt werden kann, und auch dort, wohin sie z. B. durch Truppen transportirt wird, sich vervielfältigt, ist doch an eine eigentliche Contagion nicht zu denken, da gerade Diejenigen, die am Meisten mit den Erkrankten in Berührung kommen, verschont bleiben; so die Aerzte in den Spitälern, die Officiere bei den Truppen. Ungewohnte Anstrengungen, schlechte Ernährung, Unreinlichkeit, Zusammenhäufung der Menschen erhöhen die Disposition zur Erkrankung. Die Armen werden überwiegend befallen. Combinationen mit anderen Krankheiten, wie Typhus, Masern, Wechselfieber sind selten, die meisten Leute werden inmitten voller Gesundheit betroffen. Nächst dem Kindesalter ist das frühere Mannesalter am stärksten disponirt, jenseits des 30. Lebensjahres werden die Erkrankungen sehr selten. Es ist eine eigentlich miasmatische Erkrankung, um die es sich hier handelt. Sucht man nach Analogieen, so bietet die Gehirnerkrankung bei Pellagra noch am Ersten eine solche.

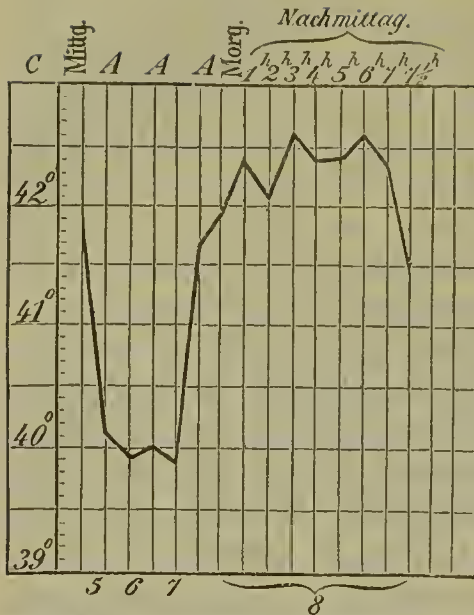
Die anatomischen Veränderungen betreffen hauptsächlich die weichen Häute des Gehirns und Rückenmarks. Das Schädeldach ist hie und da blutreich, die harte Hirnhaut schon häufiger. An ihrer Innenseite kommen bisweilen leichte Blutaustritte in ihr Gewebe vor. Die Sinus sind reich an Blut und Gerinnseln. Die zarten Hirnhäute sind meist verdickt, getrübt, blutreich und in grösserer oder geringerer Ausdehnung mit Eiterzellen infiltrirt. Ein eitriges oder eitrig-gallertartiges Exsudat findet sich am Regelmässigsten zwischen Infundibulum und Pons in den Subarachnoidealräumen angesammelt und verbreitet sich von dieser Gegend aus nach dem Kleinhirn und der sylvischen Grube. Auch an der Convexität der Hemisphäre findet sich namentlich längs der Gefässe die eitrige Masse unter der Arachnoidea in dünner Lage verbreitet. Dieser Eiter ist stark schleimhaltig, man will ihn hie und da übelriechend gefunden haben. Die Flüssigkeit im vierten Ventrikel und den

Seitenventrikeln ist häufig vermehrt und mit etwas Eiter vermischt, der aus den Subarachnoidealräumen hierhin eingedrungen sein muss. Die weichen Hirnhäute sind meistens glatt abtrennbar von der Oberfläche des Organes; innerhalb der Hirnsubstanz, im Centrum Vieussenii oder den grossen Ganglien finden sich öfter ganz kleine Eiterpunkte, Erweichungsheerde oder Blutpunkte, die Klebs in einem Falle auf eine Embolie zurückführen konnte. Am Rückenmark zeigen sich Pia und Arachnoidea blutreich, letztere sehr oft von Exsudat infiltrirt und der Raum unter ihr mit eitrig trüber Flüssigkeit oder reinem Eiter erfüllt. Man schreibt es einer Senkung des Eiters zu, dass dieser Belag an der hinteren Seite dicker und constanter ist als an der vorderen, und dass er hauptsächlich am Hals- und Lendentheil der Wirbelsäule vorkommt. Das Rückenmark selbst zeigt sich bald weicher, bald blutreicher, jedoch nicht constant verändert. Einmal wurde von Fronmüller Erweiterung des Centralkanals und Anfüllung desselben mit reinem Eiter beobachtet. In manchen frischen Fällen zeigt sich die Milz vergrössert, oder doch schlaff und an der Oberfläche gerunzelt, als Zeichen, dass sie vergrössert war. Die Musculatur ist braun, trocken, straff und zeigt mikroskopisch ein Bestreut- und Durchsetztsein der Primitivbündel mit äusserst feinen Körnchen. Leber und Niere, ebenso der Herzmuskel zeigen verschieden weit vorgeschrittene acute Fettentartung. Hie und da finden sich im Darme die Solitärfollikel geschwollen. Nebstdem finden sich bisweilen noch als frische Combinationen vor: Endokarditis, eitrige Gelenkentzündung, Parotitis, Pneumonie. Dies der Befund in frischen Fällen, von den Ausgängen soll später die Rede sein.

Die Krankheit hat nur selten ein Vorläuferstadium; Kopfschmerzen, Rücken- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Uebelsein können ein solches zusammensetzen. Der Beginn selbst ist aber immer sehr stürmisch. Heftiger Frost, Erbrechen, intensiver Kopfschmerz sind die Hauptsymptome. Der Kopfschmerz wird bald mehr vorne und bald im Hinterhaupt, bald im ganzen Kopfe empfunden. Er verursacht die Unruhe, das Schreien und Stöhnen, das Schlagen und Strampfen der Kranken. Er dauert so lange als das Bewusstsein erhalten bleibt. Hierin liegt der Grund seines anscheinenden Fehlens in den acutesten Fällen, die sofort mit Bewusstlosigkeit beginnen. Namentlich Kinder in den ersten Lebensjahren werden oft mitten im Spielen plötzlich unter Erbrechen bewusstlos. Ihr Stöhnen, Drehen und Wenden des Kopfes, Greifen

nach dem Kopfe deutet auch da noch den Kopfschmerz an. Das Erbrechen besteht meistens nur Anfangs, kann sich jedoch durch mehrere Tage hinziehen. An den Kopfschmerz schliessen sich meist in nächster Zeit schon heftige Schmerzen längs der Wirbelsäule an, die namentlich im Nacken und der Kreuzgegend empfunden werden. Das frühere Auftreten des Schmerzes in der Nacken-, Kreuz- oder mittleren Rückengegend verhält sich in den einzelnen Fällen verschieden. Bisweilen wird eine ganz regelmässige Ausbreitung des Schmerzes vom Kopfe längs der Wirbelsäule nach Abwärts beobachtet. Hieran schliessen sich unmittelbar an heftige Gliederschmerzen und eine schmerzhafte Hyperästhesie, namentlich an den unteren Extremitäten; jede Berührung, jeder Versuch, eine andere Lagerung herbeizuführen, jeder Druck der Unterlagen steigert diese Schmerzen. Es ist unter diesen Verhältnissen oft schwer zu unterscheiden, wie viel von der Unbeweglichkeit der Kranken auf Rechnung dieser Hyperästhesie, wie viel auf Schuld einer lähmungsartigen Schwäche der Glieder, die sich von Anfang an einstellt, wie viel endlich auf Rechnung einer tetanischen Spannung der Muskeln zu schieben sei. Von Anfang zeigt sich nämlich eine bald mit Zittern verbundene, bald einfach paralytische Schwäche der Extremitäten, der namentlich in den acutesten Fällen das plötzliche Umstürzen der Kranken zuzuschreiben ist. Gleichzeitig mit den Schmerzen beginnen aber dann starre Contracturen, unter denen die Rückwärtsbeugung der Nackenwirbelsäule die constanteste und auffälligste ist. Sie bringt oft das Hinterhaupt zur Brustwirbelsäule in rechten Winkel und macht das Schlingen schwer. Auch wo die tiefen Halsmuskeln weniger energisch contrahirt sind, wird durch die Spannung der langen Rückenmuskeln die Brustwirbelsäule nach vorne convex, so dass man leicht eine Hand zwischen dem Rücken des Kranken und der Unterlage durchschieben kann. Tritt dazu noch eine entsprechend starke Starre an den Streckern der unteren Extremitäten, so kann man den Kranken aufheben wie ein Brett, aber weder aufsetzen, noch beugen. Wo Letzteres gelingt, entstehen dadurch starke Schmerzen in dem bewegten Theil der Wirbelsäule. Meist machen Anfälle von gesteigertem Tetanus oder Epilepsie-ähnlichen Convulsionen den Uebergang zu einem Stadium vollständiger Paralyse und Bewusstlosigkeit. Das Fieber ist von dem anfänglichen Frost an hochgradig, aber unregelmässig. Temperaturen von 41° C. werden in schweren Fällen ganz gewöhnlich erreicht, nicht selten überschritten. Der Puls ist durchgehends mässig beschleunigt, fast in jedem Falle

Fig. 28.



Meningitis cerebrospinalis epidemica eines 12jährigen Mädchens mit tödtlichem Ausgange.

einmal auf einige oder mehrere Stunden verlangsamt. Gross und voll ist er wohl immer, öfter auch unregelmässig oder dicrot. Die Haut ist abwechselnd heiss und trocken, und dann wieder heiss und im Schweisse gebadet. In Folge der Fröste zeigt sie häufig am 3.—6. Tage Herpesgruppen im Gesichte, in späterer Zeit kommen Schweissbläschen, Nesselausschläge, masernartige Roseolaflecke und Petechien an ihr vor, von denen die letzteren oft Folge abnorm hoher Temperaturen sein mögen. Sie sind in manchen Epidemieen fast regelmässig vorgekommen (daher in Amerika der Name spotted fever), in anderen, namentlich leichteren, fast ganz vermisst worden. Ueber das Verhalten der Milz gehen die Ansichten sehr auseinander. Manche Beobachter erwähnen eine Anschwellung dieses Organes gar nicht oder stellen sie in Abrede, so Niemeyer; andere, wie Wunderlich und Klebs haben sie in schweren und frischen Fällen immer beobachtet. Auch mir schien sie in den beobachteten Fällen keineswegs zu mangeln. Freilich, so hohes Gewicht, wie Andere, möchte ich dieser Milzanschwellung nicht beilegen. Ich halte sie für ein Symptom des Fiebers, für eine Folge der Arterienrelaxation, die eben so gut bei örtlichen Entzündungen als bei typhoiden Krankheiten vorkommen kann. Als Fiebersymptome sind ferner noch zu erwähnen: erhöhter Durst, Trockenheit der Zunge, anfängliche Stuhlverstopfung, Verminderung der Harnmenge, Auftreten von Eiweiss im Harn, Neigung zu vielfachen Schleimhautkatarrhen. Die im späteren Verlaufe öfter auftretenden Diarrhöen mögen wohl mit der Schwellung der Solitärfollikel im Darm im Zusammenhang stehen.

Der Verlauf lässt mit Bestimmtheit die acutesten, sog. fulminanten Fälle und die leichtesten, sog. Abortivfälle von den übrigen trennen. Unter diesen lassen sich die schweren, mittelschweren und leichten zwar nicht scharf, aber doch so weit es das praktische Bedürfniss erfordert, erkennen. Wo keine Vorboten da waren, sofort Bewusstlosigkeit eintritt, der Puls rasch eine hohe Frequenz

erreicht, die Pupillen, deren Verhalten übrigens sich nur durch rasches Schwanken auszeichnet, bald in dauernde Erweiterung eintreten, convulsivische Anfälle in den ersten Stunden schon stattfinden, und das Bewusstsein frühzeitig vollständig schwindet, ist die Prognose entschieden ungünstig. Andauernd sehr hohe Temperaturen sind ein ebenso schlechtes Zeichen. Die Heftigkeit der meningitischen Erscheinungen einerseits, die der Fiebersymptome andererseits, also die Stärke der örtlichen und der allgemeinen Wirkung der stattgehabten Intoxication begründet die Wahrscheinlichkeit des ungünstigen Ausganges. 25—60%, im Mittel 40% der Fälle verlaufen lethal, die meisten erliegen dem ersten Insulte der Krankheit, andere sterben an den Folgen secundärer Eiterungsprocesse, wie sie namentlich in den Rückenmuskeln mehrfach beobachtet wurden, an Erschöpfung, Hypostase, oder an chronischem Hydrocephalus, in letzterem Falle erst mehrere Wochen oder Monate nach Beginn der Krankheit. Führt die Schrumpfung des Exsudates in den weichen Hirnhäuten zur Compression der Vena magna Galeni, so zeigen erneuerter Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Abnahme des Sehvermögens diese Art des Ausganges an. Während der Reconvalescenz treten öfter Schüttelfröste in Folge der Resorption eitriger Producte ein. Partielle Lähmungen, namentlich der unteren Extremitäten, Taubheit, Sehstörungen können als Folgen der meningitischen Schrumpfungsprocesse auftreten. Wo der Facialis frühzeitig gelähmt wird, kann eitrige Keratitis zum Verluste des Augapfels führen.

Die Dauer der Krankheit schwankt demnach zwischen einigen Stunden und mehreren Monaten. In den tödtlichen Fällen beschränkt sie sich meistens auf einige Tage, in den günstigen auf 1—3 Wochen. Die Erkennung der Krankheit ergibt sich aus den meningitischen Symptomen, dem hochfieberhaften Charakter derselben und ihrem epidemischen Auftreten, oder doch dem Zusammenhange des einzelnen Falles mit Epidemieen in der Nachbarschaft. Zweifel über die Natur des Leidens können in mehrfacher Richtung vorkommen. Die Meningitis kann mit Typhus, acuter Tuberculose, Hirnsymptomen acuter Krankheiten (Scharlach, Pneumonie) verwechselt werden, die eitrige Meningitis als tuberculöse aufgefasst werden, Vor- und Ausläufer von Epidemieen, kurz lose Glieder derselben können als traumatische, otorrhoische, pneumonische Meningitis eine falsche Deutung finden und haben sie gewiss auch oft gefunden. Während des Herrschens der Epidemie werden verschiedene Erkrankungen

anderer Organe, namentlich aber Apoplexieen, agonisirende Hirnabscesskranke u. dgl. fälschlich mit herein gerechnet zur Meningitis. — Die Natur dieses Leidens dürfte kaum mehr insoferne zweifelhaft sein, als es sich um eine Allgemeinkrankheit, eine Infectionskrankheit handelt. Auf welchem anderen Wege sollte auf so wohl geschützte Organe, wie die Centra des Nervensystemes die entzündungserregende Schädlichkeit einwirken, als vom Blutstrome aus? Die specifische Wirkung des Krankheitsstoffes auf die Meningen bleibt freilich vorerst räthselhaft, ebenso räthselhaft wie die des Scarlatinagiftes auf die Nieren, die des Atropins auf die Iris etc. Ob dieser Krankheitsstoff sich im Körper reproducirt, auf welchem Wege er aufgenommen wird, ob ihm eine Incubationsperiode zukommt, das sind nächste Fragen, die noch zu lösen sein werden.

Die Behandlung leistet nach dem bei der Prognose Erwähnten bis jetzt noch wenig. Prophylaktische Regeln gibt es noch kaum. Doch dürfte es räthlich sein, Kinder aus Orten und Häusern, in denen sich die Krankheit mehrfach zeigte, zu entfernen, Pensionate, Waisenhäuser u. dergl., die ergriffen wurden, zu evacuiren oder mindestens gründlich zu reinigen und zu lüften. Gleichmässige Lebensweise, Vermeiden von Ueberanstrengung, Erhitzung, Erkältung, Excessen wird Jedermann zur Zeit des Herrschens einer Epidemie anzurathen sein. Auch Vorsicht in der Wahl der Nahrungsmittel scheint geboten. Die eigentliche Behandlung sucht die Heftigkeit der Entzündung zu mindern durch örtliche Blutentziehungen am Kopfe, einige Blutegel hinter den Ohren, bei älteren Kindern Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule, durch Eisumschläge auf den Kopf und, wo es angeht, auch kalte Umschläge längs der Wirbelsäule. Namentlich die Eisblase auf dem Kopf wirkt entschieden wohlthätig; auch Abführmittel oder Essigklystiere können ableitend auf den Blutandrang nach den Meningen wirken. Von Kehrer wird Behandlung mit Calomel und Mercurial-Einreibungen gerühmt. Alles andere bezieht sich auf einzelne Symptome. Das Erbrechen wird man durch Brausemittel zu stillen suchen, des heftigen Kopf- und Nackenschmerzes halber narkotische Mittel innerlich und in Form subcutaner Injectionen anwenden. Atropin und Morphium sind dazu am Meisten gebraucht worden. Gegen die enorm hohen Temperaturen kann man Digitalis, Chinin oder Veratrin innerlich anwenden. Mehr Erfolg versprechen kühle Bäder mit kalten Begiessungen. Später, um die Resorption des Exsudates in den Hirnhäuten zu befördern, empfiehlt sich das von

Wunderlich lebhaft gerühmte Jodkalium. Oft wird man der Erschöpfung der Kranken in dieser Zeit mit Darreichung von Wein, Chinin und Eisen begegnen müssen. Bei zurückbleibenden Lähmungen verspricht die spätere Anwendung elektrischer Ströme geringen Erfolg.

IV. Gruppe:

Chronische contagiöse Infectionskrankheiten.

Syphilis.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. p. 393 u. f.
E. Wagner: Arch. der Heilkunde IV. pag. 1, 161, 430.
v. Bärensprung: Die hereditäre Syphilis. Berl. 1864.
Jahrbuch f. Kinderheilkunde u. ph. Erz. 1858. Bd. II. p. 1 u. 1861. Bd. IV. p. 213.
A. Förster: Beiträge zur path. Anat. der congenitalen Syphilis. Würzb. med. Zeitschrift IV. I.
G. Wegner: Ueber hereditäre Knochensyphilis bei jungen Kindern. Virch. Arch. L. p. 304.
W. Waldeyer u. H. Köbner: Beiträge zur Kenntniss der hereditären Knochensyphilis, ibid. LV. 367.
M. Kassowitz: Die Vererbung der Syphilis. Med. Jahrb. 1875.
Birch-Hirschfeld: Beiträge zur patholog. Anatomie der hereditären Syphilis Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung der Bauchspeicheldrüse. Arch. d. Heilkde. 1875. 2. Th.
A. Weil: Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis Volkmann's klin. Vortr. nr. 130.

Unter den wichtigen allgemein-pathologischen Charakteren, deren Kenntniss eine tiefere Einsicht in die Natur der syphilitischen Erkrankung ermöglicht, war zuerst die Ueberimpfbarkeit des ächten, harten Schankers bekannt. In dem falschen Dogma Ricord's, dass nur der Schanker, nicht die Syphilis überimpfbar sei, hat zuerst die Erblichkeit der Syphilis eine Ausnahme gebildet, die selbst von Ricord niemals bestritten wurde. Durch die Trennung des weichen Schankers von der Syphilis (Bassereau) und die genaue Begründung einer localen 4wöchentlichen, constitutionollen 6wöchentlichen, im Ganzen 10wöchentlichen Incubationsdauer (v. Bärensprung u. A.) ist die Syphilis den ächten Infectionskrankheiten ausserordentlich nahe gerückt. Man weiss jetzt: sie ist überimpfbar mit Eiter und Blut; sie hat ein constantes, langes Incubationsstadium; ihr Verlauf ist wenigstens im Beginn ein typischer. Haut-

und Schleimhauterkrankungen eröffnen denselben, die denen bei Masern und Fleckfieber ziemlich ähnlich sind, ja um die Analogie vollständig zu machen, in manchen Fällen geht der Hauterkrankung ein fieberhaftes Prodromalstadium voraus (Güntz), auch später kann ein remittirender Fieberverlauf für gewisse Tertiärformen geradezu bezeichnend werden (Bäumler), und das syphilitische Gift durchdringt, wie dasjenige der meisten acuten Infectionskrankheiten, die Capillarwände der Placenta und theilt sich dem Fötus mit. Der spätere Verlauf der Syphilis ist freilich stets völlig chronisch, dem der acuten Infectionen unähnlich und ziemlich regellos. Die Syphilis wird — dies ist bei keiner jener Erkrankungen der Fall, mit welchen man sie in Parallele stellen kann — durch den Samen des Mannes allein schon dem Ei, auch ohne dass die Mutter inficirt war oder wird, mitgetheilt.

Die Syphilis kommt im Kindesalter angeboren und erworben vor. Angeboren wird sie, wenn die zuvor schon syphilitische Mutter geschwängert wurde, was anscheinend nicht sehr häufig geschieht; wenn die Mutter zugleich geschwängert und mit Syphilis angesteckt wurde; wenn dieselbe während des weiteren Verlaufes der Schwangerschaft, nur eben nicht in den letzten beiden Monaten syphilitisch inficirt wurde; endlich wenn der Vater des Kindes zur Zeit der Zeugung an Syphilis litt. In der ganzen Geschichte der Syphilis, namentlich aber in der der hereditären, liegt ungemein viel Individuelles. Die Abkömmlinge eines Schankers oder eines Falles von secundärer Syphilis bekommen oft Bösartigkeit, Gutartigkeit und manche anderen besonderen Eigenschaften desselben zum speciellen Erbtheil. Am Gesetzmässigsten sind diese individuellen Züge bei der hereditären Syphilis. Die Mutter, die bei der Zeugung frei ausging, wird durch ihre syphilitisch kranke Leibesfrucht nicht mehr angesteckt, oder sie verfällt nur in leichte Formen, die während der nächsten Schwangerschaften stärker hervortreten. Die Mutter, die gegen Ende der Schwangerschaft syphilitisch wurde, steckt ihr geborenes Kind im weiteren Verkehr nicht mehr an. Dasselbe vom Vater hereditär syphilitische Kind steckt die Mutter, an der es trinkt, nicht an, aber die Amme, an der es trinkt. Keine andere contagiöse Krankheit hat solche Züge verwandschaftlicher Immunität aufzuweisen, wie diese. Regelmässig entsprechen die Zeichen der Syphilis, die im Mutterleibe oder bald nach der Geburt am Kindeskörper zum Ausbruch kommen, einigermassen dem Stadium der Syphilis desjenigen der Eltern, von dem

sie ererbt war. Wenn man behauptet, dass die Syphilis des Vaters geheilt sein könne, die Mutter der Ansteckung entgangen sein könne, und doch die späteren nach der Heilung des Vaters gezeugten Kinder noch Spuren von Syphilis mit auf die Welt gebracht hätten, so ist wohl meistens der erste Theil dieses Satzes sehr anfechtbar.

Früchte, auf die von einem der Eltern die Syphilis übertragen wird, kommen häufig im 6. oder 7. Monate der Schwangerschaft todt zur Welt, meistens innerlich oder äusserlich mit Spuren der Krankheit behaftet, deren Einwirkung sie im Mutterleibe erlegen sind. Andere werden rechtzeitig oder wenig früher todt geboren und bringen Marken der Syphilis mit zur Welt oder sind atropisch. Auch diejenigen, die am Leben bleiben, können schon Spuren der Syphilis mit zur Welt bringen, einfach atropisch oder mässig gut genährt sein. Meistens kommen syphilitische Krankheitserscheinungen schon während der ersten zwei Wochen nach der Geburt zum Ausbruch. Je mehr man die mannigfachen Wege kennen lernt, auf denen dem ersten Lebensalter die erworbene Syphilis zukommen kann, um so seltener werden die Fälle, in welchen erst Monate oder Jahre nach der Geburt die hereditäre Syphilis ausgebrochen sein soll. Jetzt, wo man weiss, dass bei Erwachsenen nur dann, wenn sie mercuriell behandelt worden sind, die Incubationsdauer der Syphilis die Normaldauer von 10 Wochen oder die längste Dauer von 6 Monaten überschreitet, muss man annehmen, dass auch bei Neugeborenen, wo nicht ganz besondere Verhältnisse, wie z. B. die Aufnahme des Quecksilbers aus dem Blute der Mutter, eingewirkt haben, die Syphilis alsbald zum Ausbruche komme. Rührt sie vom Vater her, so muss sie schon bei der Geburt an dem Kinde entwickelt sein, rührt sie von der Mutter her, so muss sie, da während der letzten Schwangerschaftsmonate eine Uebertragung nicht mehr stattfindet, doch mindestens kurz nach der Geburt zum Ausbruche kommen. Daher rührt es, dass die Fälle, in welchen mehrmals todte Früchte zu früh geboren wurden, meistens ihre Erklärung durch die Syphilis des Vaters finden, während diejenigen eines auffallend spätzeitigen Ausbruches der Syphilis des Kindes meistens von der mercuriell behandelten Mutter herrühren. Neuere Beobachtungen bes. von Kassowitz weisen darauf hin, dass die Wirkung der elterlichen Syphilis auf die Frucht mit der Zeit an Intensität verliert und zögernder einwirkt. Die ersten Kinder kommen zu früh und todt zur Welt, spätere erscheinen rechtzeitig

aber todt, dann reif aber lebensschwach und mit Zeichen der Lues gleich vom Anfang behaftet, noch später können anscheinend gesunde Kinder kommen, die erst viel später Symptome der Lues bekommen, endlich gesunde.

Syphilitische Kinder werden meist schlecht genährt geboren. Bald ist ihre eigene Erkrankung, bald der durch die Syphilis und deren Behandlung herabgekommene Gesundheitszustand der Mutter daran Schuld. Die Haut hat ein schmutziges, welkes Aussehen, an den Handtellern und Fusssohlen nur dünne Epidermis und demnach ein gespanntes, glänzendes Aussehen, ähnlich dem an den Händen der Wäscherinnen. Die Schleimhäute sind zu Katarrhen sehr geneigt, namentlich an der Nase macht sich Verstopfung und Rasseln beim Athmen geltend und fliesst Schleim mit Blutspuren aus, wie es sonst kaum bei gesunden Neugeborenen stattfindet. Viele Lymphdrüsen sind angeschwollen, oft erscheint der Leib durch die Schwellung der Leber und Milz vergrössert. An der äusseren Haut treten dort, wo die Erkrankung erst nach der Geburt beginnt, linsen- bis groschengrosse, rosarothe Flecke auf von verwaschener Begrenznng (Macula: Roseola). Sie sind namentlich am Rumpf und an der Streckseite der Extremitäten ausgeprägt, und gewinnen nach längerem Bestand eine braunrothe Färbung. Anfangs weicht die Röthe derselben dem Fingerdruck, späterhin schwindet zwar die Röthe bei Druck, aber es bleibt eine gelbe oder braune Pigmentirung zurück. Indem zu der Hyperämie Exsudation hinzutritt, werden aus den Flecken Knötchen (Papula, Lichen). Diese wandeln sich binnen kurzer Zeit in schuppende Gebilde um (Squama: Psoriasis), die in der Mitte heilen, nach Aussen ringförmig fortschreiten und theils wegen ihrer braunrothen Farbe und Schuppenarmuth, theils weil die nicht syphilitische Psoriasis dem ersten Kindesalter nicht zukommt, kaum verkannt werden können. Aknepusteln oder kleine varicellaartige Formen entstehen selten im Kindesalter aus den Knötchen, dagegen öfter grosse, eitergefüllte Pusteln mit breitem, rothem Hof (Ekthyma). Zwei andere Formen von Hautkrankheit lassen sich nicht aus Umwandlung von ursprünglicher Macula ableiten: Die Kondylome und die Pemphigusblasen. Erstere kommen auch bei Kindern an den Lippen, Genitialen und dem After, am Häufigsten vor, bisweilen an den Lidern, am Gaumen und der Nase. Sie haben aber einen weit grösseren Verbreitungsbezirk an der Haut des Stammes als bei Erwachsenen: so werden sie namentlich in der ganzen Gesässgegend,

am Nabel, der Leistenbeuge und Achselfalte sehr häufig getroffen. Umgekehrt fehlen Kondylome der Finger und Zehen im Kindesalter. Ueber den Pemphigus, der in ovalen, schlaff gefüllten Blasen mit leicht molkigem Inhalt auftritt und nässende, später schuppende Stellen nach dem Bersten der Blase zurücklässt, hat man viel gestritten, ob er immer und wann er vorzüglich Zeichen der Syphilis sei. Die Erfahrung zeigt, dass er um so sicherer als syphilitische Form anzusehen ist, je mehr er angeboren oder nahe bei der Geburt zum Ausbruch gekommen, und je mehr er auf Handtellern und Fusssohlen entwickelt oder auf diese beschränkt ist. Während bei Erwachsenen Pemphigus ein so überaus seltenes Symptom der Syphilis ist, dass er trotz der beweisenden Beobachtungen von Bamberger und Waller noch von manchen Seiten her angezweifelt wird, tritt er bei Kindern etwa mit gleicher Häufigkeit, wie die Rupia bei Erwachsenen, auf. Er muss ähnlich wie diese als ein späteres Secundärsymptom aufgefasst werden, das besonders bei geschwächten Constitutionen zur Entwicklung kommt. In den meisten Fällen wird er schon mit zur Welt gebracht; er gibt zu jeder Zeit eine sehr ungünstige Prognose. Die von Rinecker beschriebenen Hauttuberkeln (Syphilis cutanea nodosa) kommen besonders an den Extremitäten, dann am Rumpfe vor. Mehrere derselben können sich gleichzeitig entwickeln, aber sie sitzen stets zerstreut. Man fühlt einen linsen- bis erbsengrossen Knoten von rundlicher Form und auffälliger Härte unter der Haut, ehe man ihn sieht. Anfangs verschiebbar, wird er später mit der Haut verlöthet, und von da an entsteht auch ein blassrother, später blaubrauner, erhabener Fleck, in dessen Mitte die Haut sich verdünnt, berstet und einige Tropfen dicken Eiters entleert. Nekrotisches Bindegewebe, wie es Furunkeln führen, kommt dabei nie zum Vorschein. Der Abscess heilt bald, aber die Härte und bräunliche Färbung der Stelle verliert sich erst nach mehreren Wochen. Alle diese Formen tragen ein specifisch syphilitisches Gepräge an sich. Die an der Haut häufig vorkommenden Schrunden, die bald zahlreichen, bald grossen Abscesse, die namentlich am Hinterkopf und an den Extremitäten vorkommen, können häufig nur im Zusammenhang mit anderen Erscheinungen als Wirkungen aufgefasst werden. Von den Zähnen hat Hutchinson gesagt, dass sie, namentlich die oberen Schneidezähne, kurz und dünn, meisselartig zugeschärft und mit grubigen Vertiefungen besetzt seien. Es ist wahrscheinlich, dass auch andere Dyskrasieen diese Veränderungen zu Stande

bringen (Albrecht). Ebenso wird man nicht jede pustulöse oder punctirte Hornhautentzündung mit Hutchinson als Zeichen der Syphilis auffassen wollen. Eitrige Erkrankungen des Kehlkopfes und Rachens kommen bei dieser Art von Syphilis so gut wie gar nicht vor.

Die hereditäre Syphilis führt weit häufiger als die erworbene zur Erkrankung innerer Organe. Wenn zahlreiche todtgeborene Früchte solche aufzuweisen haben, so ist dies ein Beweis, nach wie kurzer Dauer der Krankheit schon die inneren Organe mit ergriffen werden. In der Thymus kommen röthliche Knoten, die im Innern Eiter führen, vor. Der Nachweis des Eiters muss stets durch die mikroskopische Untersuchung geliefert werden. Dubois hat dieselben zuerst beschrieben. Spätere Beobachtungen von Hecker, Weisflog u. A. haben ihr äusserst seltenes Vorkommen bestätigt. Für die Lungen kennt man drei Formen, die hierher gehören: trockene, graurothe, speckig glänzende bronchiopneumonische Heerde, eigentliche Gummiknoten, die in der Mitte vereitern oder verkäsen können (Depaul), und endlich das von Lorain und Robin beschriebene Lungenepitheliom, d. h. blaurothe Stellen mit glatter, saftloser Schnittfläche, die mikroskopisch die Alveolen mit regelmässig gelagerten Pflasterzellen gefüllt zeigen. Am Häufigsten zeigt sich unter den inneren Organen die Leber erkrankt. Ihre Veränderungen weichen von den bei Erwachsenen vorkommenden wesentlich ab. Meist handelt es sich um eine diffuse gummöse Wucherung des Bindegewebsnetzes zwischen den Acinis mit Verdickung der Gallengänge, Undurchgängigkeit der Gefässe für Injectionsmassen, Schwund oder Untergang der Leberzellen. Das Organ ist bedeutend vergrössert, hart; die Oberfläche eben, bald gleichmässig hell, bald braun und hellgelb gefleckt von Farbe, je nachdem die Veränderung eine totale oder nur stellenweise ist. Auf dem Schnitte haben die erkrankten Parthieen eine hellgelbe Farbe wie Feuerstein (Gubler) oder Sohlenleder (Trousseau), sind durchscheinend, feucht und hart. Mikroskopisch zeigt sich eine Wucherung von kleinen Zellen und Kernen in einem dichten Bindegewebe. Schwellung der Milz, Serum- und Blutergüsse in den Peritonealsack deuten auf Stauung in dem Pfortadergebiete hin. Nach Bärensprung ist es überwiegend die Syphilis des Vaters, die diese Form erzeugt. Wo die Leber gross, hart und glatt, die Milz geschwellt, im Peritonealsack ein Erguss nachweisbar ist, kann die Diagnose am Lebenden gestellt werden. Umschrie-

bene Gummata der Leber, Amyloidentartung, gelappte Leber, schrumpfende Perihepatitis — also die Formen der Erwachsenen — treten selten auf. Mit der Lebererkrankung steht die von Simpson als Todesursache vieler secundär-syphilitischer Kinder dargestellte Peritonitis in Verbindung, ebenso die von Schüppel beschriebene Peripylephlebitis. In der Milz finden sich oft inmitten des hyperämischen, geschwellten, blaurothen Gewebes weissgelbe, bis kirschgrosse, trockene Knoten in Mehrzahl vor. Diese Gummöse Splenitis kann, wo die Knoten tastbar sind, erkannt werden. Auch sie kann Peritonitis verursachen. Vergrösserung und fibröse Entartung des Pancreas fand Birch-Hirschfeld bei der Mehrzahl der von ihm secirten syphilitischen Neugeborenen. Am Darme fand Förster, später auch Schott in einem Falle eine harte Schwellung der Peyer'schen Haufen mit Untergang der Drüsen in dem grobfaserigen Bindegewebe, das an der Oberfläche zu einem gelblichen nekrotischen Schorf sich umgewandelt hatte, ebenso beschrieb neuerdings Oser ringförmige gummöse Einlagerungen in die Wand des Dünndarmes und plattenförmige in die des Magens Neugeborener. Für die Nebennieren hat Seebeck eine der Leber ähnliche diffuse, gummöse Degeneration nachgewiesen, die besonders die Corticalis betrifft und zur Bildung weisslicher miliarer Körner führt. Gummata der Hirnbasis hat Schott beschrieben, syphilitische Endokarditis Förster. Rachen, Kehlkopf und Trachea werden ungleich seltener bei Erwachsenen befallen, Lähmungen und Amaurosen kommen hie und da vor. — Die durch Hereditärsyphilis verursachte Knochenerkrankung hat erst neuerdings G. Wegner kennen gelehrt. Sie soll, wie Köbner und Waldeyer bestätigen, aus dieser Ursache constant hervorgehen, sonst nicht vorkommen. Es ist eine vielfache Erkrankung der Röhrenknochen und Rippen, die mit Vorliebe dieselben Gelenkenden zum Sitze wählt, die auch von der Rachitis stark befallen werden: die unteren des Femur, der Unterschenkel- und Vorderarmknochen, dann die oberen der Tibia, des Femur und der Fibula. Hier zeigt sich auf Schnitten die spongoide Schicht zwischen Knorpel und Knochen verbreitert zu einem bis 2 Mm. breiten Streifen von glänzend weisser oder weissröthlicher Farbe, mikroskopisch findet sich eine leicht vermehrte Wucherung der Knorpelzellen und verzögerte Ueberführung der incrustirten Knorpelmasse in eigentlichen Knochen. Diese Schicht wird durch weitere Wucherung verbreitert und greift dann unregelmässig mit

Bogen, Zacken und Höckern in die Knorpelsubstanz über. Schliesslich findet sich eine weiche grauröthliche, gelegentlich auch eiterähnliche Schicht, die den Knochen vom Knorpel der Epiphyse trennt, so dass beide nur noch durch das verdickte Periost fest verbunden sind. Die Bildung von Osteoblasten ist auffällig vermindert.

Der Verlauf ist um so ungünstiger, je näher der Geburt die Erkrankung sich entwickelte, je mehr an der Haut eitrige oder bullöse Formen vorwiegen, je mehr innere Organe betheiligt sind. Von den lebend geborenen hereditär syphilitischen Kindern stirbt weit über die Hälfte im ersten Lebensjahre, viele so bald, dass sie gar nicht in Behandlung kommen, gerade diese oft durch Peritonitis. Von den Behandelten stirbt mindestens der vierte Theil und zwar diese meist an Diarrhöe oder Pneumonie. Sich selbst überlassen führt die Krankheit stets zum Tode (Cullerier). Viele derer, die mit abgeschwächten, tardativen Formen erst spät nach der Geburt erkrankten, oder die in der ersten Kindheit geheilt wurden, verfallen später der Scrophulose oder Tuberculose, oder leiden an chronischer Tonsillitis, Ozäna, Speckleber, Lupus, Krankheiten, die nicht aus der Syphilis direct, wohl aber aus der von der Syphilis geschwächten Constitution hervorgehen.

Die erworbene Syphilis entsteht durch Schanker, die während des Passirens durch die mütterlichen Genitalien erworben werden, durch Impfung mit Lymphe, der syphilitisches Gift beigemengt ist, durch Saugen an der syphilitischen Amme, durch Küsse, kurz überall da, wo wunde Stellen des Kindes mit Eiter syphilitischer Producte in Berührung kommen. Die Einwanderungswege dieser Syphilis sind oft versteckt und wunderbar, sie erklären sich meist aus Leichtsinn, Unkenntniss, ungünstigen Zufällen, manchmal freilich auch, wo sie dieselbe Richtung wie bei Erwachsenen nehmen, aus widernatürlichen Abscheulichkeiten. Haut oder Schleimhaut am Ort der Ansteckung schwillt nach vier Wochen zu einem geröthetheten Knötchen an, eine oder ein paar Lymphdrüsen, die mit dieser Stelle correspondiren, werden hart und gross, grösser als alle andern allmählig anschwellenden Lymphdrüsen, nach weiteren sechs Wochen kommen Roseola, Kondylome, Rachenerkrankung und all' das Weitere, was zum legitimen Gange der erworbenen Syphilis gehört, nur eben nicht die vorhin beschriebenen besonderen Attribute der hereditären. Schon beim Säugling kommt es zum Ausfallen der Haare, der Rachen ulcerirt, die Nase sinkt ein,

die Knochen zeigen gummöse Verdickungen und Verschwärungen, selbst syphilitische Laryngostenose kann schon beim Säuglinge entstehen.

Es ist oft schwer, diese Form bei Kindern von ½—3 Jahren von der hereditären zu unterscheiden. Man frage nach früheren Aborten der Mutter, untersuche die Eltern, suche nach der Infectionsstelle am Körper des Kindes und der sie verrathenden stärkeren Drüsenschwellung, sei aber äusserst vorsichtig damit, bei Kindern, die über vier Wochen alt erkrankten, jemals hereditäre Syphilis anzunehmen. Grubige Zähne, harte Leber, grosse Milz, Nodi, Pemphigus sprechen für letztgenannte Form, Ausfallen der Haare, Rachen-, Kehlkopfserkrankungen, Knochenauftreibungen für die andere. Liegt erworbene Syphilis vor, so muss die Quelle derselben ausfindig und unschädlich gemacht werden, auch bei hereditärer wird von den Eltern oft Eines an eine längst vergessene Syphilis erst wieder zu erinnern sein. Bei Säuglingen können mit Unrecht für Zeichen der Syphilis gehalten werden Ekzem, Erythem am After, Hyperämieen, Pusteln, Ulcerationen der Haut, die durch Unreinlichkeit, Insectenstiche etc. entstanden sind, bei Kindern in den nächsten Jahren nach der Geburt Ozäna, Drüsenschwellungen, Lupus, Knochenleiden etc., die auf Scrophulose beruhen, Diphtheritisnarben am Gaumen, leukämische Drüsenschwellungen. Die Syphilis der Kinder wird übrigens weit häufiger übersehen, als irrig angenommen. Darin liegt ein folgenschwerer Fehler, denn von dem frühzeitigen Auffinden der Krankheit und ihrer Quellen hängt grossen Theils die Möglichkeit ab, beide unschädlich zu machen.

Für die Behandlung bieten sich bei der in Rede stehenden Erkrankung zahlreiche Anhaltspuncte. Zunächst ist zu erinnern, dass noch während der Schwangerschaft eine eingreifende Mercurialbehandlung der Mutter die Einwirkung der Dyskrasie auf das Kind zu entkräften und namentlich den Abortus, die nächste Gefahr, abzuwenden vermag; sie erscheint daher nicht nur erlaubt, sondern dringend geboten. Ebenso liegt es nahe, dass öftere Aborte und vorausgegangene Syphilis eines der Eltern dessen energische Mercurialisirung dringend indiciren. — Für das Kind selbst wird der Arzt zunächst eine passende Ernährung einzuleiten haben und dabei die Erfahrung praktisch verwerthen können, dass das Kind beim Säugen die Mutter nicht ansteckt. Sollte also die Mutter kräftig und nicht inficirt sein und Milch genug in den Brüsten haben, so

wäre der natürliche Weg einzuschlagen. Eine gesunde Amme dagegen darf das syphilitische Kind nicht anlegen, und eine selbst inficirte, wenn man auch eine solche gerade fände, wird demselben schlechte Dienste leisten. Demnach wird überall, wo die Mutterbrust zur Ernährung nicht geeignet oder hinreichend ist, eine nach allgemeinen Regeln zu leitende künstliche Ernährung Platz greifen müssen.

Bei der Anwendung der Medicamente pflegte man früher namentlich in diesem Punkte sorgfältig zwischen dem directen und indirecten Wege zu wählen, und letzterer wurde von vielen Aerzten dringend empfohlen, um so mehr, als Personne nach mehreren misslungenen Versuchen Anderer wirklich ganz geringe Mengen Quecksilber in der Milch mercuriell behandelter Weiber nachwies. Ja diese Vorschläge gingen soweit, insofern keine Amme sich mercurialisiren lassen wolle, die Milch einer mit Unguentum cinereum eingeriebenen Ziege zur Ernährung zu empfehlen. Meines Erachtens ist es unpassend 1) eine gesunde Amme mit einem syphilitischen Kinde in Berührung zu bringen oder gar mercuriell zu behandeln, 2) ein wenn auch syphilitisches Kind von einer gleichfalls syphilitischen Amme zu nähren, indem bei jeder geregelten, mit der nöthigen Diät verbundenen Mercurialcur die Milch der Amme ungenügend sein wird, und voraussichtlich die Amme weit früher als das Kind zur Heilung gelangt.

Somit wird die directe Behandlung in allen Fällen vorzuziehen sein. Bei dieser kann es sich um Behandlung mit Jod oder Mercur, und im letzteren häufigeren Falle um innere oder äussere Anwendung handeln. Sprechen wir zunächst vom Mercur, so ist bekannter Weise auch beim Erwachsenen dessen fortgesetzte innere Anwendung in grösseren Dosen nicht selten von andauernden Reizungen des Tractes gefolgt, die sich durch Appetitlosigkeit, Brechneigung, Anomalieen des Stuhlganges und Kolikschmerzen äussern. Bilden diese im späteren Alter eine lästige, aber nicht gerade gefährliche Beigabe, so sind sie im Säuglingsalter entschieden zu fürchten, da sie weit leichter zu Stande kommen, und weil namentlich die Diarrhöe, die solche Kranke ohnehin leicht heimsucht, dabei hervorgerufen und manchmal schon nach kurzer Dauer nicht mehr vom Arzte bewältigt werden kann. Zudem entbehren wir, Kindern gegenüber, eines kleinen aber keineswegs zu verachtenden Vortheiles, indem hier die Pillenform unanwendbar ist, die bei der Verabfolgung von Mercurialien an Erwachsene so gute Dienste leistet, demnach

nur jene Formen in Anwendung kommen können, welche schon in der Mundhöhle leicht üble Einwirkungen zurücklassen.

Dagegen sprechen zahlreiche Erfahrungen dafür, dass die äussere Application ebenso erfolgreich sei, wie die innere, indess sie nicht die gleichen Nachtheile mit sich bringt. Demnach möchten wir am Meisten dazu rathen, je nach dem Alter des Kindes, nach dem Stande der Ernährung und der Dringlichkeit der Indication Ungt. cinerei grm. 1—3 täglich mit der 1—2fachen Menge Fett vermischt, auf täglich zu wechselnde Stellen einzureiben, jedoch nie zu lange mit der Haut in Berührung zu lassen, um die Entstehung von Ekzemen zu verhüten. Dies wird man am Leichtesten durch Darreichung eines Bades an jedem oder jedem anderen Tage und zwar des Abends, wenn Morgens eingerieben wurde, oder umgekehrt erreichen. In dieser Weise ist bis etwa 14 Tage bis 3 Wochen nach dem Verschwinden aller Symptome fortzufahren, falls nicht kürzere oder längere Pausen durch die sonstigen Zustände des Kindes bedingt werden.

Eine andere, noch mehr als diese zu empfehlende Methode, die namentlich durch grössere Reinlichkeit sich auszeichnet, besteht in der Anwendung von Sublimatbädern, deren 2—3 in der Woche zu verabfolgen und je nach dem Alter des Kindes und der Grösse des Badegefässes je mit grm. 1—3 Sublimat in Solution zu versetzen sind. Auch diese sind bis längere Zeit nach dem Verschwinden der Symptome fortzusetzen. Als derartige externe Behandlungsweisen sind weiter zu erwähnen: die Cyrillo'sche, bestehend in der täglichen Einreibung eines erbsengrossen Theiles folgender Salbe (Sal. ammon., Mercur. sublimat. corrosivi āā grm. 0,5 Axung. porc. grm. 10 M. f. ungt.) auf die Fusssohlen des Kindes, dann die Brodie's, wobei die graue Salbe, anstatt auf die Haut, auf Flanellbinden aufgestrichen und mit diesen die Schenkel des Kindes umwickelt werden. Dabei ist die Aufrechterhaltung der Reinlichkeit noch mehr erschwert als bei der gewöhnlichen Weise, die graue Salbe zu gebrauchen. Lewin's subcutane Sublimatinjection, bei Kindern von Monti mit 0,002—0,003 grm. pro dosi versucht, scheint wegen der Zartheit der kindlichen Haut und der leicht folgenden örtlichen Entzündungen keine besonderen Vorzüge zu bieten. —

Zur inneren Behandlung verwendet man je nach Liebhaberei den Mercur. niger Hahnemanni und Moscati, Kalomel, Hydrargyrum cum Creta, Hydr. jodat. flavum, Sublimat in entsprechend kleinen Dosen, z. B. letzteres Mittel zu grm. 0,005 pro die, Kalomel zu

grm. 0,02 — grm. 0,1 täglich. Die Folgen des Mercurgebrauchs manifestiren sich selten durch Speichelfluss, um so häufiger durch Erbrechen, Diarrhöe und dergleichen Unterleibssymptome; in diesen Fällen ist der Mercurialgebrauch sofort auszusetzen und die entsprechende Behandlung der intercurrenten Affection einzuleiten. Doch wird man hiezu bei externer Anwendung weit seltener genöthigt sein. Bei dieser sah ich zweimal Anschwellung und Schmerzhaftigkeit einzelner Gelenke eintreten, jedoch nach 2—3tägigem Aussetzen der Behandlung und Einwickelung der befallenen Gelenke sich schnell verlieren. — Häufig ist der Erfolg dieser Behandlung ein auffallend schneller, so dass die sichtbaren Zeichen der Krankheit schon nach 10—14 Tagen zum Verschwinden kommen, womit natürlich die Dyskrasie noch lange nicht getilgt ist. — Die Anwendung des Jodkaliums zu grm. 0,1—0,6 pro die (Luzsinsky) ist besonders bei späteren Formen erworbener Syphilis zu empfehlen, oder wo die Schmiercur erfolglos blieb, oder zur Vervollständigung des Resultates derselben. Ich verordne es in 2 Theilen Wasser gelöst und lasse davon 3—10 Tropfen drei Mal täglich stark in Wasser verdünnen und trinken. Bei anämischen oder gleichzeitig scrophulösen Kindern kann der Syr. ferr. jodat. zu 1—6 Tropfen mehrmals täglich in viel Wasser zerrührt gegeben werden.

V. Gruppe:

Acute Infectionen der Neugeborenen.

I. Acute Fettentartung der Neugeborenen.

Bamberger in Virchow's Handbuch Bd. VI. p. 216.
Grandidier: Ueber die freiwilligen und secundären Nabelblutungen der neugeborenen Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten 1859. H. 5 und 6.
Hecker und Buhl: Klinik der Geburtskunde pag. 296.
Fürstenberg: Die acute Fettdegeneration der neugeborenen Hausthiere. Virchow's Arch. Bd. XXIV. p 152.
Rilliet und Barthez: Bd. II. p. 294.

Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts hat man Beschreibungen einer äusserst gefährlichen Erkrankung der Neugeborenen, die in den ersten Tagen des Lebens meist bis zum sechsten hin, sehr selten erst nach einigen Wochen beginnt und nach dem auffälligsten Symptome, nach dem durch Blutung bedingten Abgange schwarzer

Massen aus beiden Enden des Verdauungskanales, Meläna genannt wurde. Dieselben Kinder, die von diesen capillaren Magendarmblutungen befallen werden, erleiden auch häufig die von Grandidier studirten Nabelblutungen. Meist treten diese am 5. Tage ein, das Blut sickert aus der gelockerten Nabelwunde unaufhörlich hervor, ohne dass man ein blutendes Gefäss sehen und fassen könnte. Gelingt es auch, der Nabelblutung Herr zu werden, so sind damit noch lange nicht alle Gefahren überwunden. Die Kinder werden gelbsüchtig, äusserst anämisch und zeigen auch an den zugängigen Schleimhäuten (namentlich des Mundes und Auges) und der äusseren Haut grössere und kleinere Blutaustritte. Knaben werden doppelt so oft betroffen als Mädchen; an der Nabelblutung sterben über 85 %. Häufig treten Cyanose und Hautwassersucht hinzu. Je länger die Krankheit dauert, um so ausgesprochener wird die Gelbsucht und die Blutarmuth. Man hat in ätiologischer Beziehung viel Werth legen wollen auf zu frühzeitige Unterbindung des Nabelstranges (Kiwisch), Retention des Mekonium's u. dergl. Wenn man es zweifelhaft lassen muss, ob der asphyktische Zustand, in dem viele dieser Kinder zur Welt kommen, Symptom der Krankheit oder eine Hülfsursache derselben sei, so bleibt nur eine wesentliche Beobachtung zu berücksichtigen, die von Rahn-Escher, dass schlechter Gesundheitszustand der Mütter während der Schwangerschaft der Krankheit zu Grunde liege. Buhl hat entdeckt, dass in den Leichen der an solcher Meläna zu Grunde gegangenen Neugeborenen sich zahlreiche kleine Blutextravasate in den inneren Organen finden, namentlich in den serösen Häuten, Schleimhäuten und Muskeln, dass ferner eine acute Fettentartung zahlreicher Muskeln und Drüsen vorhanden ist, besonders des Herzens, der Leber, der Nieren. Das Blut ist dünnflüssig und lividroth. Es liegt demnach derselbe Process vor, nur mit etwas stärker hervortretenden Hämorrhagien, wie er bekannt ist als Folge 1) der Vergiftung mit Phosphor (Lewin, Ehrle), Arsen, Antimon, Gallensäuren, 2) der Einwirkung abnorm hoher Temperaturgrade (Liebermeister), 3) gewisser Formen septischer Infection (acute gelbe Leberatrophie) der Schwangeren mit abgestorbenem Fötus. Obwohl diese Krankheit bei neugeborenen Hausthieren oft studirt werden kann, hat man doch von daher keine recht klaren Aufschlüsse über die Aetiologie derselben erhalten können. Bei jungen Lämmern soll sie sich an einen durch Erkältung entstandenen Rheumatismus anschliessen (Fürstenberg), bei jungen Schwei-

nen soll sie von sehr fetter Mästung und zu geringem Salzgenusse der trächtigen Sauen herrüren (Roloff). Uebereinstimmung herrscht zwischen der oben erwähnten Angabe von Rahn-Escher, jener von Buhl, dass die Infection, welche diese Krankheit erzeugt, in der letzten Zeit der Schwangerschaft erfolgen müsse und dem Befunde Roloff's, der die Fettentartung schon zu Ende der Schwangerschaft bei den jungen Thieren nachweisen konnte.

Da es nicht erwiesen ist, ob eine der bei Erwachsenen gekannten Ursachen allein oder mehrere derselben oder eine besondere andere diesen Degenerationsprocess der Neugeborenen bewirkt, kann von einer Verhütung desselben die Rede kaum sein.

Beginnen blutige Darmausscheidungen nach den ersten Mekoniumentleerungen die Krankheit anzuzeigen, so werden kalte Umschläge auf den Unterleib und warme Einhüllungen der Extremitäten (Rilliet und Barthez) und innerlich excitirende Mittel anzuwenden sein, z. B. Wein, Spiritus aethereus, Aqua Melissae. Die genannten Autoren haben auf diese Weise unter 23 Erkrankungen 12 günstige Erfolge erzielt. Auch die ätherischen Eisentincturen und die Mischungen von Säuren mit Weingeist (Mixt. sulfur. acid. und Tct. aromat. acida) wären zu empfehlen. Tritt die besprochene Nabelblutung ein, so kann man einen in Eisenchlorid, Kreosot, Höllensteinlösung oder ein anderes Stypticum getauchten Propf aufdrücken lassen. Ist der Erfolg kein baldiger, so bleiben das Glüheisen oder die Durchstechung und Umschnürung der blutenden Stelle als sicherstes Mittel anzuwenden.

II. Septicaemie.

F. Weber: Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen. III. p. 24 u. f. und II. p. 19.

Bednar: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Wien 1856. p. 559 u. f.

H. Widerhofer: Die Krankheiten am Nabel des Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilkunde Bd. V. p. 181 u. f.

C. Hecker und L. Buhl: Klinik der Geburtskunde. Leipz. 1861.

Aus der Schilderung von Hecker und Buhl, die ich diesem Abschnitte zu Grunde lege, ergibt sich, dass die Sepsis- oder Puerperalfiebererkrankung der Neugeborenen von der Mutter in der letzten Woche der Schwangerschaft auf die Frucht übertragen wird und zwar auch dann, wenn sie selbst sich zur Zeit der Geburt noch wohl befand, ja in wenigen Fällen selbst so, dass sie dauernd gesund bleibt. Letzterem Zuge sind wir in der Ge-

schichte der Infectionskrankheiten schon mehrfach, z. B. bei der Variola begegnet. Die Schwere der Erkrankung der Mutter ist auch für die Frucht von Bedeutung. Von den Müttern, die dem Puerperalfieber erlagen, starben mehr Kinder hieran als von jenen, die geheilt wurden. Vorzüglich, vielleicht allein die lymphangitische Form des Puerperalfiebers erzeugt diese Erkrankung, der Infectionsstoff durchdringt die Placentarcapillaren und beginnt seine Wirksamkeit sofort bei seinem Eintritte in den Kindeskörper, d. h. am Nabelringe. Hier entwickelt sich eine sulzig-seröse Infiltration des die Nabelgefässe umgebenden und weiterhin des subperitonealen Bindegewebes, innerhalb dessen die Anhäufung eitrig-trüben Serums fortschreitet und sich namentlich im retroperitonealen Gewebe reichlich entwickelt und auf die Glisson'sche Kapsel der Leber ausbreitet, später längs der Aorta in den Brustraum und hier vom Mediastinum her auf das interstitielle Gewebe der Lunge.

Sterben die Kinder schon intrauterin oder während der Geburt oder der nächstfolgenden Stunden, so sind die Leichen frühzeitig faul, in den serösen Häuten mit zahlreichen punctförmigen Blutaustritten besetzt, und ausser am Nabel und retroperitonealen Gewebe noch an Pia cerebri und spinalis mit der erwähnten serös-blutigen Durchtränkung behaftet. — Tritt der Tod später, aber vor Abfall der Nabelschnur, ein, so zeigen die Brustorgane wesentliche Veränderungen. Mattglänzende Beschaffenheit der Pleura, serös-eitriger, doppelseitiger Erguss im Pleurasacke, acute Interlobularpneumonie stellen dieselben dar. Letztere meist doppelseitig, macht das Gewebe schwer, schlaff, brüchig. Auf dem Schnitte entleert sich jauchiges Serum; das Interlobulargewebe ist hauptsächlich davon durchtränkt. Cyanotische Färbung der Haut, starke Todtenflecken, innere Blutaustritte vervollständigen das Bild der Leiche. Ist zur Zeit des Todes die Nabelschnur schon abgefallen (3 Tag bis Ende der 4. Woche), so findet sich der Nabel entzündet, pigmentirt oder geschwürig, oft in einen brandigen Eiterheerd umgewandelt, an den Nabelgefässen die Intima entzündet, das Lumen — häufiger und in grösserer Strecke bei der Vene als der Arterie — von einem faserstoffigen oder eitrig zerfallenen Propfe erfüllt, von dem aus Emboliceen in den Ductus venosus Arantii, Sinus transversus und Ductus arteriosus Botalli beobachtet sind, ferner noch aus letzterem in die Lungenarterienäste. Häufig sind die Leichen ikterisch durch Katarrh des Ductus choledochus oder durch Aufnahme veränderten Blutfarbstoffes (Urobilin) aus den

zahlreichen Blutaustritten. Von eitrigen Entzündungen wurden am Häufigsten Peritonitis, dann Meningitis und Pusteln an der Haut getroffen. Die Leichen zeigen ausserdem vorgeschrittene Abmagerung, Anämie der inneren Organe, mehrfache Blutaustritte, öfter embolische Processe (Lungenabscess, Hirnerweichung), hie und da eitergefüllte Lymphgefässe am Peritoneum, Anfänge fettiger Entartung (Leber, Herz), bisweilen zahlreiche Bilirubin-Krystalle im Blute (Neumann, Buhl).

Die klinische Geschichte der Erkrankung liegt für jetzt grossentheils in den anatomischen Befunden. Die, wo der Tod von der Geburt etwas weiter ablag, constant beobachtete Gewichtsabnahme wird ziemlich sicher als Fieberwirkung zu deuten sein; die fieberhafte Erkrankung der Mutter, auf den Fötus übertragen, nimmt auch nach dessen Austreibung und Loslösung einen fieberhaften Verlauf, dessen genaueres Studium vielleicht diagnostische Merkmale liefern wird. Bednar macht auf die frühzeitige ungleiche Vertheilung der Körperwärme aufmerksam: heisser Rumpf und kühle Extremitäten. Die Milzanschwellung scheint nicht beträchtlich zu sein.

Während die Lungenveränderungen, die subserösen Infiltrationen keinen genauen Nachweis am Lebenden zulassen, sind die eitrigen Entzündungen, welche bei längerer Dauer der Krankheit eintreten, grösstentheils erkennbar. Am Concentrirtesten und am Frühesten trifft das Gift mit den Wänden der Nabelvene zusammen, dann mit den umhüllenden Geweben des Nabelringes. Hier trifft man am Contantesten Veränderungen an, die unter den verschiedenen Formen der Nabelentzündung, des Abscesses, der Gangrän, des Nabelgeschwüres u. s. w. beschrieben werden. Sind die Arterien mit in Entzündung eingetreten, so lässt sich an den im Grunde der Nabelfalte gelegenen Enden derselben Eiterentleerung erkennen, die erfolgt, wenn man längs des Verlaufes der Arterien drückt oder streicht. Die vom Nabel aus erfolgende Peritonitis lässt sich oft durch die Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Bauches und den Nachweiss flüssigen Exsudates erkennen. Die Erkrankung der Leber erzeugt eine später eintretende, sehr intensive Form von Gelbsucht, ohne vollständige Entfärbung der Fäces, sofern nicht Verschluss des Hauptweges, sondern Resorption veränderten Blutrothes aus Extravasaten die Gelbsucht verursacht. Pusteln, Abscesse, Erysipel, Gangrän an der Haut sind äussere Zeichen der eitrigen Diathese. Die nicht seltenen meningitischen Eiterausschei-

dungen geben sich nur durch Sopor und Krämpfe zu erkennen, die inmitten der so schweren Allgemeinerkrankung auch nicht gerade eindeutig sind. Bis jetzt wird man also die von der Mutter aus erfolgte Infection mit dem Gifte der lymphangitischen Puerperalerkrankung, fieberhaften Verlauf, schlechte Beschaffenheit des Nabels, Gelbsucht und eine Reihe von eitrigen Localerkrankungen als wesentliche Erscheinungen bezeichnen können. Gröbere Embolieen aus der Nabelvene und den nächsten grossen Gefässstämmen in den Ductus Botalli, die Lungenarterie und ihre Aeste können sich daran anschliessen.

Die Verhütung der Krankheit ist die wichtigere Frage, die Behandlung derselben ebenso aussichtslos, wie die der entsprechenden Krankheit der Wöchnerinnen. Die Aufgabe, die Gebärhäuser für die Menschenleben unschädlicher zu machen, erscheint vom Standpuncte der Kindersterblichkeit ebenso wichtig, wie von dem der Schonung mütterlicher Existenzen aus. Für die Privatpraxis empfiehlt es sich, das Untersuchen der Gebärenden und Wöchnerinnen auf das nothwendige Maass zu reduciren, dabei die grösste Reinlichkeit zu handhaben und zu empfehlen und namentlich auch an den anzuwendenden Instrumenten und Apparaten einzuhalten. — Die entwickelte Krankheit kann man durch Anwendung von desinficirenden Stoffen am erkrankten Nabel (Kali hypermangan., Carbolsäurelösung), durch Wärmeentziehung, durch Chinin innerlich oder subcutan zu bekämpfen suchen. Wesentlich hängt es bis jetzt noch von der Intensität der Ansteckung ab, ob und wann der tödtliche Ausgang eintritt.

Winckel'sche Krankheit.

Cyanosis afebrilis, icterica, perniciosa cum haemoglobinuria.

In der Dresdener Gebäranstalt beobachtete Winckel eine Epidemie eigenthümlicher Krankheitsfälle. Kinder von 8—12 Tagen Alter bekamen benommenes Wesen, bläuliches Aussehen, leichten Icterus, besonders in der Gegend der Nasenwurzel. Die Temperatur übersteigt nicht 37,3. Der Urin durch Pressen entleert, zeigte sich blassbraun bis dunkelbraun und enthielt Hämoglobin und Micrococcen. Der Stuhl war ockergelb, normal. Das Blut floss schwer aus, war syrupös, schwarzbraun, enthielt abnorm viele farblose

Körperchen und viel Detritus von rothen Zellen. Bei hoher Beschleunigung der Respiration, Nystagmus und allgemeinen Convulsionen trat der Tod ein.

Die Section zeigte das Hirn hyperämisch, Extravasate zwischen Cranium und Dura, die Milz derb und gross, die Nieren wenig geschwellt, mit Hämoglobin-Infarkt in den Papillen, die Mesenterialdrüsen geschwellt. —

VI. Allgemeine Ernährungsstörungen.

I. Rachitis, Englische Krankheit, Durch die Glieder Zahnen, Abgesetzte Glieder, Richets, Rachitisme.

F. Glissonii: De Rachitide sive morbo puerili, qui »the richets« dicitur, Tractatus etc. Lond. 1656.

Romberg: De rachitide congenita. Berol. 1817.

J. Guerin: Die Rhachitis, übers. v. Weber. Nordhausen 1851.

C. L. Elsässer: Der weiche Hinterkopf, ein Beitrag etc. Stuttg. 1843.

A. Friedleben: Die Constitution wachsender und rhachitischer Knochen. Jahrb. f. Kinderheilk. III. 1860.

Stiebel in Virchow's Handbuch Bd. I. Abth. 2. p. 527.

R. Virchow: Das normale Knochenwachsthum und die rhachitische Störung. Im Arch. Bd. V. p. 409.

H. Müller in Zeitschr. f. wissensch. Zoologie 1858. Bd. IX. p. 147.

G. Ritter v. Rittershain: Die Pathologie und Therapie der Rhachitis. Berl. 1863.

Bohn: Beiträge zur Rhachitis. Jahrb. d. Kinderheilk. N. F. I. p. 194.

Seemann: Zur Pathogenese und Aetiologie der Rachitis. Virch. Arch. Bd. 47. S. 299.

Die Rachitis ist eine ausschliessliche Krankheit des wachsenden Skelets; erzeugt durch eine Anzahl gesundheitsschädlicher Einflüsse der gewöhnlichsten Art, vorzüglich durch unpassende Nahrung, äussert sie sich nach vorausgegangenen Digestionsstörungen und Sinken der Ernährung im Ganzen durch Zurückbleiben des Knochenwachsthums und Wuchern der angrenzenden Knorpel- und Periostschichte.

Schon im frühesten Alterthum waren die Missstaltungen, die hauptsächlich der Rachitis ihre Entstehung verdanken, so bekannt, dass man an ihrem damaligen Vorkommen nicht zweifeln könnte, wenn auch einzelne Stellen älterer medicinischer Schriftsteller nicht sich als Hindeutungen auf den rachitischen Krankheitsprocess eben noch erkennen liessen. Als neue, verbreitete, auffällige Krankheit

erschien sie zuerst den englischen Aerzten im zweiten Viertheil des 17. Jahrhunderts. Aus den damaligen Forschungen ging die erste vorzügliche Beschreibung derselben von Glisson hervor. Seither ist die Kenntniss ihrer klinischen Erscheinungen in Frankreich namentlich durch Trousseau, Guerin, Bouvier u. A. gefördert worden, während in Deutschland in der gleichen Richtung Elsässer, Stiebel und Bohn arbeiteten, und durch Virchow und H. Müller die mikroskopische Anatomie der Krankheit begründet wurde.

Die Krankheit ist eine der allerhäufigsten; obwohl in grossen Städten besonders stark vertreten, fehlt sie doch auch auf dem platten Lande nicht. Sie ist ausschliessliche Kinderkrankheit, d. h. Krankheit des wachsenden Skelettes. Nach dessen Ausbildung kommt sie nicht mehr vor und findet höchstens noch in gewissen schlechten Callusbildungen eine Analogie. Die Beispiele ihres Vorkommens beim Fötus sind selten, doch sicher und in neuester Zeit nicht mehr ganz vereinzelt. Sie kann in früher Zeit des Fötallebens beginnen und innerhalb des Uterus ihren ganzen Ablauf vollenden (dies ist die eigentlich fötale Rachitis), oder sie beginnt gegen Ende des Uterinlebens, und das Kind wird mit noch im Gange begriffener Rachitis geboren — congenitale Form. In der allerersten Zeit des extrauterinen Lebens entsteht sie selten: die Ernährung ist jetzt noch die natürliche und die Milch noch gut; in der Mitte und zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres wird sie häufiger. An manchen Orten erreicht sie jetzt schon ihre grösste Häufigkeit; die zu der Zeit Betroffenen sind die Kinder, die nach wenigen Wochen von der Mutterbrust abgewöhnt wurden. An anderen Orten fällt die grösste Häufigkeit der Krankheit in den Anfang des zweiten Lebensjahres; es sind dies theils die zu lange gestillten, theils die nach der Entwöhnung im 6.—12. Lebensmonate mit schlechten Nahrungsmitteln aufgefütterten Kinder. Von der Mitte des 2. Lebensjahres an wird der Beginn der Erkrankung seltener. Jenseits des 4. Jahres gehört er schon zu den grössten Ausnahmen. Alle Nahrungsmittel, die chronische Darmkatarrhe verursachen oder ungenügend nähren, können Rachitis erzeugen. Kinder, die im ersten Jahre mit Kaffee, Fencheltheе, Brodsuppen, Brei, Semmel aufgefüttert werden, verfallen sicher in dieses Leiden. Stark saure Kuhmilch, zu dünne Muttermilch wirken ebenso nachtheilig als jene Surrogate. Wo die Krankheit in den Familien der Wohlhabenden sich einschleicht, sind es gewöhnlich die letztge-

nannten Nahrungsmittel, die sie verursachen. Gerade in diesen Fällen sieht man, wie wenig verdorbene, feuchte, kalte Athmungsluft und die übrigen sonst noch angeschuldigten Ursachen zu ihrer Entstehung nothwendig sind. Damit soll nicht bestritten werden, dass bei dem massenhaften Vorkommen der Krankheit in den städtischen Armenwohnungen diese Momente als Hülfsursachen recht wirksam sein mögen. Auch ein geschwächter Gesundheitsstand der Eltern, das Vorausgehen acuter Krankheiten hat auf den Ausbruch der Rachitis einen begünstigenden Einfluss, nur bleibt die ungeeignete Ernährung stets die Hauptursache. Im extrauterinen Leben ist es bald die Mangelhaftigkeit der gebotenen Nahrung, bald der defecte Zustand der Assimilationsorgane, bisweilen auch ein zu starker Consum an plastischem Material durch gesteigerte Verbrennungsprocesse, wodurch die Rachitis verursacht wird. Die seltenen Fälle intrauterin ablaufender oder beginnender Rachitis können bedingt sein durch zu spärliches Ernährungsmaterial, das der entkräftete Körper der Mutter bietet, oder durch defecten Zustand der die Ernährung der Frucht vermittelnden Organe, besonders der Placenta (Bohn). In letzterer Weise allein würde es erklärlich sein, dass einmal von Zwillingen der eine wohlgenährt, der andere rachitisch missstaltet zur Welt kam (Klein). Guerin hat fehlerhafte Ernährung als Hauptursache experimentell erwiesen. Hunde die frühzeitig mit Fleisch gefüttert wurden, erkrankten und starben an Rachitis, während andere desselben Wurfes, die an der Hündin tranken, sich normal entwickelten. Ich sehe keinen Grund ein, die Beweiskraft dieses Experimentes zu bezweifeln. Berechtigte Zweifel dagegen würden nur auf der Wiederholung desselben mit anderem Resultate beruhen dürfen.

Dem Beginn der rachitischen Erkrankung gehen fast in allen Fällen chronische Darmkatarrhe voraus, die übrigens kein besonderes Merkmal an sich tragen, vermöge dessen man sie als Einleitung der Rachitis erkennen könnte. Es entwickelt sich eine Empfindlichkeit des Magen-und Darmkanals gegen ungewohnte Nahrung und Erkältungen, die es aufs äusserste erschwert, die lange Kette sich aneinander reihender Magen- und Darmkatarrhe zu Ende zu bringen. Neben Abmagerung, Blässe und Muskelschwäche tritt Unruhe, Neigung zu vielem Schreien und Empfindlichkeit beim Anfassen und Berühren ein, die Trousseau durch die zu dieser Zeit stattfindende Hyperämie des Periosts zu erklären suchte. Ferner treten jetzt häufige Schweisse, Bronchial-

katarrhe, Schwäche und Abmagerung des Muskelsystemes auf. Das Alles erhält erst seinen bestimmten Charakter durch die Störungen in Wachsthum und Form der Knochen, die jetzt hervortreten. An den Röhrenknochen wird das Längenwachsthum vermindert. Die Epiphysen schwellen an, das Periost wird verdickt und blutreich, die compacte Substanz der Diaphyse wird dünner, die Markhöhle weiter. Die Knochensubstanz überhaupt wird reicher an Wasser, Fett, auch etwas an Kohlensäure, dagegen beträchtlich ärmer an Kalksalzen. Der Wassergehalt steigt um 1/3 bis auf das Doppelte, die leimgebende Grundsubstanz bleibt in ihren Eigenschaften unverändert. Aus diesen Verhältnissen ergibt sich für die Röhrenknochen eine grössere Biegsamkeit, vorzüglich aber eine grössere Brüchigkeit, welch' letztere durch die festere Beschaffenheit des Periosts soweit unschädlich gemacht wird, dass meistens nur Einknickungen, nicht völlige Brüche der Knochen entstehen. Die feineren Veränderungen sind namentlich an dem Verknöcherungsrande des wachsenden Röhrenknochens von Virchow und H. Müller studirt worden. Man findet ein sehr reichliches Wuchern der Knorpelzellen in der blauen präparatorischen Schicht. Eine bis zum Zehnfachen gehende Verbreiterung der spongioiden Schicht, mangelhafte Ablagerung von Kalksalzen, unregelmässiges, in die beiden genannten Schichten übergreifendes Vorschreiten der Markraumbildung und doch im Ganzen verminderten Zerfall des Knorpelgewebes, das der neu entstehenden Knochensubstanz Platz machen sollte. Der Verdickung des Knorpels parallel läuft die des Periosts, unter dem lockere, gefässreiche, bimssteinartige Schichten anstatt compacter Substanz gebildet werden. Angesichts der neuen physiologischen Thatsachen über das Knochenwachsthum, namentlich über die Bedeutung der Osteoblasten, wird es eine Aufgabe der nächsten Zeit sein, die Histologie der rachitischen Knochen, wie schon von Lewschin begonnen, zu revidiren und mit diesen neuen Thatsachen in Einklang zu bringen.

Das Längenwachsthum des ganzen Körpers wird gestört, mehrjährige rachitische Erkrankung hat Zwergwuchs zur Folge. Am Geringsten unter allen Theilen des Skelettes werden von der Wachsthumsstörung die Schädelknochen betroffen; der Kopf ist nicht grösser, als er für dieses Alter sein sollte, aber grösser, als er für diese Körperlänge und namentlich für diese weit mehr klein gebliebenen Gesichtsknochen sein dürfte. Der Brustkorb zeigt an seinen unteren Theilen einen kleineren Umfang als der Schädel,

während er etwa den gleichen besitzen sollte (Liharczik). Unter den schwachen Muskeln und welken Hautdecken treten die verdickten Gelenkenden der Knochen auffällig hervor, besonders an Hand-, Fuss-, Ellenbogen- und Kniegelenk. Auf sie bezieht sich einer der vielen Namen, die die Krankheit erhielt: «Zwiewuchs.» In ähnlicher Weise zeigen sich die äusseren Enden der Rippenknorpel knotig verdickt. Man hat behauptet, dass diese Veränderungen an den untersten Gelenken beginnen und sich von da nach Aufwärts fortsetzen (Guerin). Für ältere Kinder ist dies richtig, bei Säuglingen dagegen wird am Ersten und Stärksten der Schädel betroffen. Ausserdem kommen Fälle vor, in welchen fast allein der Brustkorb Zeichen von Rachitis aufweist und noch andere, in welchen sie überwiegend die Extremitäten einer Seite zum Sitz hat.

Auf die Erscheinungen der Rachitis am Schädel ist man besonders aufmerksam geworden durch Elsässer's Arbeit über das weiche Hinterhaupt. Seine Angaben sind vervollständigt worden durch sehr genaue Untersuchungen von Friedleben. Das Wachsthum der Schädelknochen ist ebenso gestört wie das der Röhrenknochen, sie decken in Folge dessen eine geringere Fläche als bei gesunden Kindern. Auch hier findet eine Wucherung der anstossenden Knorpelschichten Statt, die Nähte werden dadurch breiter, die Fontanellen grösser, als sie waren. Bis diese breiteren Knorpelverbindungen durch das fortschreitende Wachsthum der Schädelknochen verdrängt werden, vergeht eine längere Zeit. So findet man in recht ausgesprochenen Fällen im ersten Lebensjahre die grosse Fontanelle fingerlang und bis zur unbehaarten Stirnhaut vorreichend, die an sie anstossenden Nähte bis 1 Ctm. breit. Bei dem dreijährigen Kinde kann die Pfeil- und Kronennaht noch offen sein, statt nach 12—14 Monaten sich zu schliessen. Bei dem vierjährigen Kinde pulsirt noch die Fontanelle und lässt das Hirnarteriengeräusch hören, ja ich fand sie bei einem neunjährigen noch im Durchmesser von 1½ Ctm. unverknöchert. Beim Befühlen des Schädels trifft man namentlich bei Säuglingen am oberen Theile des Hinterhauptbeines weiche pergamentartig biegsame Stellen. Sind sie in Mehrzahl, in grosser Ausdehnung, vielleicht ausser an der Hinterhauptschuppe auch noch an den hinteren Theilen der Seitenwandbeine vorhanden, so deuten sie sicher auf Rachitis hin. Dass sie nicht in allen Fällen, wie Elsässer wollte, diese Krankheit anzeigen, hat Friedleben nachgewiesen, der bei einigen ganz gesunden Neugeborenen sie vorfand. Ausserdem zeigte Fried-

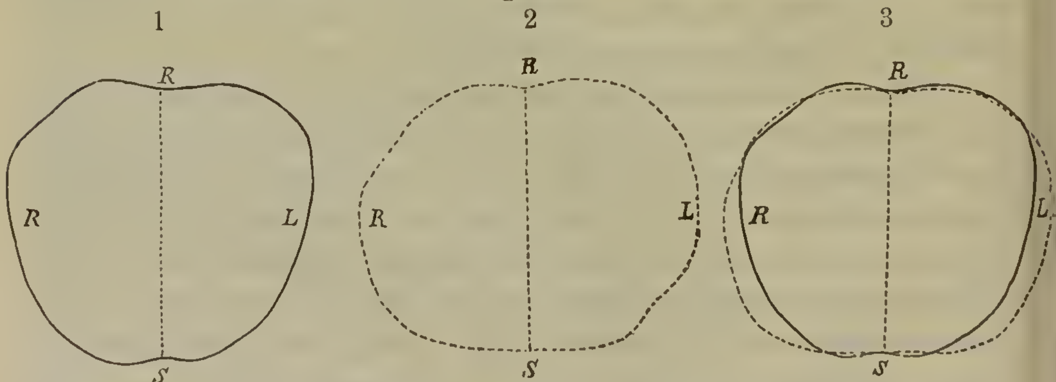
leben, dass gegen Ende des ersten Halbjahres eine stärkere Resorption von Knochensubstanz stattfindet, die namentlich am Hinterhaupte sich dadurch bemerklich macht, dass sie einzelne Stellen der Schuppe bis zur pergamentähnlichen Biegsamkeit verdünnt. Gleichzeitig tritt eine Verdickung der vorderen Schädelknochen, namentlich in der Gegend der Stirnhöcker ein, die auf einer osteophytartigen, weichen, gefässreichen Anbildung von Seiten des Periostes beruht und die Wölbung in dieser Gegend vorspringender macht. Später als am Vorderhaupte tritt auch am Hinterhaupte (und an den übrigen Knochen des Skelettes) ein ergiebiger Schub neuer osteophytartiger Knochenbildung vom Periost aus auf und deckt die Lücken, die etwa durch die stärkere Resorption zuvor entstanden waren. F. bezeichnet diesen Process im Beginne des 2. Jahres als die Ursache des hyperämischen Aussehens der Schädeloberfläche bei Sectionen von Kindern dieses Alters, sieht in der grossen Ausdehnung desselben eine Erklärung der zur Zeit des ersten Zahnens erschütterten und leicht wankenden ganzen Gesundheitslage und hält diesen Process, von dem er zeigte, dass er auch bei Thieren vorkomme, für einen durchaus normalen, obwohl er zugesteht, dass er bei künstlich aufgefütterten Kindern stärker ausgeprägt vorkomme, als bei natürlich ernährten. Sowohl diese geringen physiologischen Erweichungen, als auch die viel umfangreicheren und bedeutenderen rachitischen betreffen das Hinterhaupt in Folge des Druckes und Gegendruckes, den im Liegen das Gehirn auf dessen Knochen ausübt und diese von den Unterlagen erfahren. Das rachitisch weiche Hinterhaupt zeigt meistens noch Empfindlichkeit bei Druck (wie auch sonst rachitische Knochen), spärliche, durch Abreiben verminderte Behaarung, Neigung zu localen Schweissen.

Mehr als die Schädelknochen bleiben die des Gesichtes in ihrer Entwickelung zurück. Theils mit dem behinderten Wachsthum der umschliessenden Knochen, theils mit der verminderten Kalkablagerung im Ganzen steht die Störung des Zahnens in ursächlicher Beziehung, die zu den constantesten Erscheinungen der Rachitis gehört. Setzt die Krankheit früh ein, d. h. vor dem 6. Lebensmonate, der den Durchbruch der ersten Schneidezähne bringen soll, so können die Kinder 1 und 1½ Jahre alt werden, ehe ein Zahn zum Vorschein kommt. Gewöhnlich beginnt die Rachitis nach dem Beginne des Zahnens. Dann ist die nächste Pause, die dem Durchbruch eines Zahnpaares vorausgeht, ungebührlich lang, und so lange die Rachitis im Fortschreiten begriffen ist, ist auch jede

einzelne Zahnpause verlängert. Ausserdem finden Unregelmässigkeiten der Reihenfolge Statt, so dass spätere Zahnpaare früher als die zunächst zu erwartenden erscheinen. Bei den höchsten Graden der Rachitis fallen die zuvor gebildeten Zähne wieder aus. Sehr oft zeigt die Verlängerung einer Zahnpause zuerst die beginnende Rachitis an, oder vielmehr sie zieht zuerst die Aufmerksamkeit der Angehörigen auf sich. Dann begegnet man gewöhnlich dem verbreiteten Vorurtheil, dass die übrigen, gleichzeitigen Störungen der Gesundheit Folge des erschwerten Zahnens seien. Diesem Irrthum ist es beizumessen, dass so viele rachitische Kinder im Anfang ihres Leidens, so lange sie noch vor bleibenden schweren Nachtheilen behütet werden könnten, die nöthige ärztliche Hülfe nicht erhalten.

Am Brustkorb schwellen zuerst die Knochenknorpelenden der Rippen zu Knoten an, die beiderseits eine bogenförmig von oben und innen nach unten und aussen ziehende Linie bilden (Rosenkranz). Dann bleibt der Umfang des Brustkorbes in seinem Wachsthum zurück, ferner wird die Athembewegung in der Art verändert, dass während der Inspiration ein Einsinken der Seitentheile längs der Abgangslinie des Zwerchfelles stattfindet (Flankenschlagen). An diesen einsinkenden Theilen herauf bis zur Achselhöhle und herunter bis zum Rippenbogen tritt dann an Stelle der normalen, nach Aussen convexen Biegung eine Abflachung oder selbst Concavität nach Aussen ein, die auf zahlreichen Infractionen der Rippen beruht. Theils die erwähnte verkehrte Athembewegung, theils der Druck beim Anfassen der Kinder, jedenfalls die ungewöhnliche Brüchigkeit

Fig. 29.



Cyrtometercurven, über die Brustwarze genommen, 1 eines rachitischen, 2 eines gesunden 2jährigen Kindes, 3 beide in einander gezeichnet.

der Rippen ist Schuld daran. So entsteht eine Form des Brustkorbs, bei der das Brustbein weiter als normal von der Wirbelsäule

entfernt ist, mit den Anfängen der Rippenknorpel zusammen eine Fläche bildet, an die in stumpfen Winkeln beiderseits die flachen oder concaven Seitenflächen sich anreihen. Diese gehen in spitzen Winkeln in die Rückenfläche über. Man bezeichnet diese Form als Hühnerbrust — Pectus carinatum —; sie hat im Gegensatz zu der gewöhnlichen ovalen eine stumpfwinkelig dreieckige Durchschnittsfläche. Die Verdickung und plumpe Form der Schulterblätter trägt gewöhnlich, in den höchsten Graden der Rachitis auch noch die winkelige Knickung der Schlüsselbeine, des Brustbeins und die Verkrümmung der Wirbelsäule zu der Missstaltung des Brustkorbes bei. Die Knickungen der Schlüsselbeine und des Brustbeines bilden nach Aussen vorspringende Winkel, während die der Rippen immer ihren Vorsprung nach Innen kehren.

Die Wirbelsäule, beim Säugling noch fast völlig gerade verlaufend, erfährt durch die Rachitis zuerst eine einfache Krümmung der unteren Brust und der Lendenwirbel nach Hinten (Kyphose). Hebt man die Kinder an den Schultern auf, so gleicht sie sich sofort aus, setzt man sie nieder, so kommt sie wieder zum Vorschein. Später entwickeln sich seitliche Krümmungen, unter denen eine nach Rechts convexe am oberen Theile der Brustwirbelsäule den Beginn zu bilden und die stärkste zu sein pflegt. An diese schliessen sich 2 nach Links convexe an den Halswirbeln und den unteren Brustwirbeln an. Zu der ersten tritt dann Vorwärtsbeugung, zu der zweiten und dritten Rückwärtskrümmungen der Wirbelsäule hinzu. So entstehen die Kypho-Skoliosen der Rachitischen, durch die die Länge des Rumpfes vermindert, der Brustraum verkleinert wird. Je jünger das Kind, um so leichter kann an seiner Wirbelsäule die Seitwärtsbiegung erfolgen, bei Erwachsenen bildet die Fascia longitud. anterior ein starkes Hinderniss derselben. Jede bei Kindern entstehende Skoliose ist mit einer grösseren oder geringeren Lordose verknüpft, die ihre Ursache in dem ungleichen Verhalten der durch die Wirbelkörper und durch die Wirbelbogen gebildeten beiden Säulen hat, von welchen letztere eine kürzere Krümmung beschreibt als erstere. Auf der gleichen Ursache beruht die spiralige Drehung der Wirbelsäule, die jede derartige Skoliose complicirt (H. Meyer). Die Rippen der convexen Seite zeigen die Gegend der Rippenwinkel scharf hervortretend und verlaufen divergent, die der concaven Seite zeigen die Rippenwinkel abgeflacht und verlaufen parallel nach vorn. Die Rippenwand der

convexen Seite kann auf diese Weise die doppelte Länge wie die andere erhalten.

An den Extremitäten treten, nachdem einmal die Epiphysenverdickungen sich gebildet haben, um so stärkere Verkrümmungen ein, je mehr die Function derselben in Anspruch genommen wird. Die rachitischen Kinder lernen spät laufen, oft erst im 3., 4. statt am Ende des ersten Lebensjahres, oder wenn sie schon laufen gelernt hatten, verlernen sie es wieder, oder sie gehen träge, ungern und behalten einen wackeligen Gang. Je früher sie die weichen Knochen ihrer Beine mit dem Gewichte des Körpers belasten, desto leichter entstehen Infractionen mit Erhaltung der äusseren Seite des Knochens, so dass durch eine verschieden grosse Zahl winkeliger Knickungen die bogenförmige Krümmung entsteht, die man als Säbelbeine bezeichnet. Besondere Verhältnisse, z. B. das Rutschen auf den Knieen, bringen in seltenen Fällen die umgekehrte Krümmung, die Xform der Beine zu Stande; bei wenigen Unglücklichen gedeiht die Krümmung so weit und combinirt sich so, dass jeder Unterschenkel auf die andere Seite des Körpers zu stehen kommt, oder dass selbst eine doppelte Kreuzung der Beine stattfindet. Für die oberen Extremitäten finden sie sich seltener, an den Vorderarmen bilden sie gewöhnlich nach der Streckseite hin vorspringende Winkel. Sehr selten kommen auch an Schlüsselbein und Brustbein Infractionen vor, deren Winkel dann nach vorne vorspringend sind. Der Zeitpunct des Geschehens einer solchen Infraction geht gewöhnlich unvermerkt vorüber, die abnorme Beweglichkeit ist gering, nur die örtliche Schmerzhaftigkeit bei Druck gibt in der nächsten Zeit, später die winkelige Form Kenntniss von der eigentlichen Ursache der vorhandenen Missstaltung.

Mit der rachitischen Erkrankung des Schädels und Brustkorbs hängen vielfach Störungen in der Function des Gehirns und der Lungen zusammen, die einer näheren Besprechung bedürfen. Wenn das ganze Hinterhaupt und ein Theil der Seitenwandbeine vollständig erweicht sind, und bei der vorhandenen Muskelschwäche und Functionsunfähigkeit der Beine nichts anderes als eine andauernde Rückenlage übrig bleibt, bewirkt die Schwere des Kopfes ein Eingedrücktwerden des weichen Hinterhauptes, somit eine Compression des Schädelinhaltes, die die Hinterlappen des Grosshirns, das Kleinhirn und mittelbar auch das verlängerte Mark zu treffen vermag. Wenn Reid fand, dass mehr künstlich aufgefütterte Kinder an Stimmritzenkrampf leiden als natürlich genährte, wenn Lederer

unter 96 solchen Kranken 92 mit Craniotabes zählte, wenn man in einzelnen Fällen künstlich durch Druck auf das weiche Hinterhaupt den Anfall von Stimmritzenkrampf hervorrufen konnte, so ist es gewiss wahrscheinlich, dass viele Fälle des Stimmritzenkrampfs von der Rachitis abhängig seien. Dazu kommt noch, dass bei vielen Fällen von Schädelrachitis mässige Wasserergüsse in die Hohlräume und die Substanz des Gehirnes abgesetzt werden. Sieht man sehr oft den Stimmritzenkrampf in allgemeine Convulsionen mit nachfolgender Bewusstlosigkeit übergehen, so wird damit die gewöhnliche Form der Wirkung acuter Hirnanämie hergestellt, und es bleibt nur auffällig, dass bei diesen Kindern so oft nur respiratorische Krämpfe und nicht allgemeine als Symptome derselben auftreten. — Der mässige Wassererguss entwickelt sich oft zu einem bedeutenden und selbständigen, der auch nach dem Heilen der Rachitis fortbesteht oder noch zunimmt. Auch die Hirnhypertrophie muss oft auf die Rachitis des Schädels zurückgeführt werden. Trotz der Häufigkeit dieser beiden Gehirnleiden schreibt man den rachitischen Kindern eine schnelle und günstige Entwicklung ihrer geistigen Fähigkeiten zu.

Respiratorische Katarrhe gehören zu den gewöhnlichsten Erscheinungen; man hat sie sogar als eine Ursache der Krankheit betrachten wollen. Sie gehen mit reichlicher Secretion einher und führen bei der Schwäche der Athemmuskeln und den schwachen Angriffspunkten, die ihnen die biegsamen und verbogenen Rippen bieten, besonders oft zur Atelektase, nächstdem zur Bronchiopneumonie und Bronchiektasie. Von solchen Veränderungen der Lunge, namentlich von Atelektase ist die eigenthümliche Athmungsweise rachitischer Kinder, die inspiratorische Einziehung längs des Zwerchfelles, die man als Flankenschlagen bezeichnet, mit abhängig. Wenn man ausserdem zwischen Rachitis und Tuberculose, oder zwischen Rachitis und Pleuritis einen näheren Zusammenhang zu finden glaubte, so muss ich dieser Annahme jede Berechtigung bestreiten.

Im Gegensatz zu dem engen Brustkorb findet man den Unterleib stark gewölbt. Gasauftreibung in Folge von Verdauungsstörungen trägt Anfangs die Schuld daran; später vergrössert sich die Leber in Folge fettiger Infiltration und die Milz durch Hyperplasie ihres Gewebes. Die Fettleber hat hier dieselbe Bedeutung, wie im Verlaufe anderer mit Abmagerung verbundener Krankheiten. Die Anschwellung der Milz lässt sich durch die geringere Durchgängigkeit der venösen Capillaren der Leber erklären. Nicht immer bleibt

es bei dieser Veränderung der genannten Organe, bisweilen treten sie in Amyloidentartung ein, an der sich möglicherweise auch die Niere und die Arterien des Darmes betheiligen.

Die neueren Analysen des Harnes rachitischer Kinder zeigen, dass eine vermehrte Ausscheidung von phosphorsaurem Kalk aus dem Körper nicht stattfindet (Rehn) oder selbst eine verminderte (Seemann). Aus der Annahme, dass verminderte Ablagerung von Kalksalzen an den Ossificationsstellen die Ursache der rachitischen Knochenerkrankung sei, ferner aus dem Nachweise genügender Zufuhr von Kalksalzen mit der Nahrung rachitischer Kinder und verminderter Ausscheidung von Kalksalzen mit ihrem Harn folgert Seemann, dass das Wesen der Erkrankung in ungenügender Aufnahme genossener Kalksalze von den Verdauungsorganen ins Blut gelegen sei. Er macht wahrscheinlich, dass vorwiegender Gehalt der Nahrung an Kalisalzen Verarmung des Blutes an Kochsalz und ungenügende Secretion von Salzsäure seitens der Magenschleimhaut zur Folge habe. Darnach wäre nicht Ueberschuss an Milchsäure wie man früher vermuthete, sondern Mangel an Salzsäure eine Grundursache der Rachitis.

Der Verlauf der Rachitis ist fieberlos und nimmt mindestens eine Anzahl von Monaten, vielleicht von Jahren für sich in Anspruch. Mit dem Eintritt der Heilung holt die Zahnentwickelung durch rascheren Gang das Versäumte nach, die Fontanellen und Nähte schliessen sich, die Verdickung der Epiphysen- und Rippenknorpel nimmt ab und wird unter dem Einflusse einer günstigeren Ernährung ausserdem noch weniger bemerklich. Die geregelten Functionen des Darmes gestatten eine reichlichere Anbildung von Muskel- und Fettgewebe; auch die Knochen kommen in lebhafteres Wachsthum, doch wird das geringere Längenmass derselben nicht vollständig wieder ausgeglichen, wenigstens wo die Rachitis stark entwickelt war, bleibt der Körper klein und der Kopf durch Grösse und Form auffallend. Die zuvor dünnen und weichen Knochen erlangen eine ungewöhnliche Dichtigkeit, Härte und Dicke der compacten Substanz. Die Verkrümmungen der Röhrenknochen, der Wirbelsäule, des Brustkorbs bleiben bestehen, werden höchstens im weiteren Wachsthum etwas ausgeglichen und durch die bedeckenden Weichtheile etwas maskirt, aber sie sind selbst der Kunsthülfe wenig zugänglich. Desshalb und wegen der schweren Folgen dieser Missstaltungen für das ganze spätere Leben muss die Vernachlässigung rachitischer Kinder von Seiten der Angehörigen oder Aerzte als

eine der unverantwortlichsten Gewissenlosigkeiten bezeichnet werden. Der Buckel und die Brustverkrümmung, die aus Rachitis hervorgehen, sind ja nicht allein auffallend und für rohe Menschen lächerlich, sondern eine dauernde Ursache von Kurzathmigkeit, zu der sich Herzhypertrophie und Wassersucht hinzugesellt, meist ehe noch das mittlere Mannesalter beendet ist. Von welch schwerer Bedeutung die von den Oberschenkelköpfen her zusammengedrückten, kartenherzförmigen rachitischen Becken sind, lehrt die Geschichte der Zangengeburten, künstlichen Frühgeburten und Kaiserschnitte, die so oft durch dieselben indicirt werden. Der tödtliche Ausgang wird kaum je durch die Rachitis selbst bedingt, wohl aber durch die damit zusammenhängenden Magen-Darmkatarrhe, Bronchialkatarrhe und Bronchiopneumonieen, hie und da selbst durch die Anfälle von Stimmritzenkrampf oder allgemeinen Krämpfen; überhaupt aber leisten Rachitiskranke zwischenlaufenden acuten Krankheiten geringeren Widerstand als andere.

Zum Zweck der Behandlung sind vor Allem die Ursachen zu beseitigen, d. h. die Verhältnisse der Ernährung und Pflege in der günstigsten Weise zu regeln. Für jüngere Kinder kann die Amme das sicherste Heilmittel gegen Rachitis sein; gegen Ende des ersten Lebensjahres kann umgekehrt das Aufgeben einer ungenügend nährenden Mutterbrust sich nöthig machen. Ueberwiegende Milchnahrung, mässiger Genuss von Fleisch und Eierspeisen, überhaupt aber die Ernährung, die dem Alter des Kindes und dem Stande seiner Zahnentwickelung am Meisten entspricht, muss consequent durchgeführt werden. Reinlichkeit, fleissiges Baden, gute Lüftung des Zimmers, häufiges Austragen, soweit es die Witterung erlaubt, sind gleichfalls Heilmittel, die der Arzt bis ins Einzelne anordnen und überwachen muss.

Hat man diese Verordnungen getroffen, so ist zugleich schon die wichtigste Vorbedingung erfüllt, um die Verdauungsstörungen, soweit solche noch bestehen, mit Erfolg zu behandeln. Sind diese so häufig, wie wir annehmen, bei der rachitischen Erkrankung die primäre Störung, so muss die Aufmerksamkeit des Arztes auch ihnen zuerst zugewendet sein. Sehr oft liegt der Hauptgrund des Uebels in gestörter Magenverdauung, auch die Diarrhöe kann davon herrühren. Da erweist sich Pepsin (jedesmal grm. 0,1—0,2 vor der Mahlzeit) oder Salzsäure hülfreich. Auch Stoffe, die die Absonderung des Magensaftes befördern, namentlich Wein, gewürzige und bittere Tincturen sind da am Platze. Sehr oft gerade bei Rachi-

tischen liegt übermässige Säurebildung zu Grunde. Die Untersuchung der Dejectionen, des Erbrochenen zeigt dies an. Dann ist besonders Muttermilch oder Liebig'sche Suppe als Nahrungsmittel angezeigt, während die gewöhnlich sauer reagirende Kuhmilch dazu untauglich ist, wenigstens soferne sie nicht durch Zusatz von Magnesiahydrat oder kohlensaurem Natron zuvor eine Neutralisation erfahren hat. Für den arzneilichen Gebrauch wählt man dann mit Rücksicht auf den Kalkdefect am Skelette vorwiegend Kalkwasser (theelöffelweise) oder kohlensauren Kalk. Den gebrannten Muscheln, die beim Pulvern splittern und so mechanisch lädiren, ist gepulverte Kreide oder frisch gefällter kohlensaurer Kalk vorzuziehen. In dem gewöhnlichen Falle einer chronischen Diarrhöe kann mit Vortheil Ferr. reduct. zugesetzt werden (z. B. Ferr. part. 1, Cretae pulv. 2, Sacch. lact. 3, messerspitzenweise). Bei acuten Diarrhöen sind Opiate und Adstringentien anzuwenden (z. B. Tct. opii crocat. 0,3, Tannini 0,5, Aqu. 100, Vini tocayens 15; oder Argent. nitr. 0,1, Ferr. sesquichlor. solut. 0,25—0,4 pro die).

In dem Maasse, in dem die Functionen der Verdauungsorgane geregelt sind, kann man mit Anwendung kräftigender Mittel vorgehen, unter welchen ich nach wie vor den Leberthran als das wirksamste ansehe. Je nach dem Alter lässt man einen bis zwei Theelöffel voll, bis einen Esslöffel voll früh und Abends nehmen. Wo dieses Mittel Störungen des Appetites oder der Verdauung hervorruft, wäre es thöricht, auf seinem Gebrauch zu bestehen. Wird es ertragen, so hat es unter allen tonisirenden Mitteln die besten Erfolge. Bei Neigung zu Durchfall sind die Eisenpräparate vorzuziehen. Ferrum p. h. reduct., sesquichlorat., pomat. werden empfohlen. Auch Verbindungen von Eisen und Chinin, namentlich das citronensaure Doppelsalz. Häufige warme Bäder unterstützen die Cur. Ob man denselben Kleie, Salz, Malz, Eisen, oder was sonst zusetzt, ist von geringerem Einfluss. Die Katarrhe der Luftwege und Entzündungen der Lunge contraindiciren den Gebrauch der tonisirenden Mittel nicht oder nur dann, wenn sie mit starkem Fieber einhergehen. Wo irgend möglich, muss man sie durch adstringirende Inhalationen zu behandeln suchen. Der innere Gebrauch von Salmiak, Ipecacuanha, Kermes und ähnlichen Mitteln ist auf die dringendsten Fälle zu beschränken, da durch alle diese Stoffe Appetit und Verdauung stark behelligt werden. Dass man dem phosphorsauren Kalk noch immer eine wichtige Rolle in der Therapie der Rachitis zutraut (Benecke), ist schwer zu verstehen.

Für den weichen Hinterkopf ist kaum mehr nöthig, als passende Lagerung auf einem mit Rosshaaren oder Seegras gepolsterten Kissen, das allenfalls noch in der Mitte einen entsprechenden Ausschnitt hat. Gegen sehr starke Schweisse helfen öftere kühle Waschungen. So lange die Krankheit nicht in völliger Heilung ist, vermeide man, die Kinder zum Gehen oder Stehen aufzumuntern, und beobachte beim Anfassen derselben an den Seitenwänden der Brust alle Vorsicht, um nicht Infractionen im einen Fall der Beine, im andern der Rippen zu veranlassen. Durch frühzeitiges Auffinden von Knickungen und Brüchen der Röhrenknochen und durch sorgfältige Verbandbehandlung derselben kann mancher Verunstaltung vorgebeugt werden.

Die Unterscheidung von Unterarten und Stadien der Rachitis ist nicht mit viel Glück versucht worden. Am Häufigsten hat man von der gewöhnlichen chronischen Form eine acute abzutrennen gesucht. Von alledem, was man unter diesem Namen beschrieben hat, würde berechtigten Anspruch auf denselben wohl nur die von Möller und Bohn unterschiedene Form besitzen. Sie soll sich durch acute, schmerzhafte Anschwellung der Epiphysen, starken Verfall der Kräfte, beschleunigten Puls, Diarrhöen und scorbutische Beschaffenheit des Zahnfleisches auszeichnen, auch den gewöhnlich wirksamen Mitteln vollständigen Widerstand leisten.

II. Scrophulosis.

Kortum: Commentatio de vitio scrophuloso etc. Lemgo 1789.
Hufeland: Ueber die Natur der Scrophelkrankheit etc. Berl. 1785.
H. Lebert: Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses. Paris 1849.
Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 582 u. f.
A. Hirsch: Handbuch der historisch-geograph. Pathologie II. 494.
J. Rabl: Das Granulationsgewebe und seine Bedeutung für die Scrophulosis. Med. Jahrb. 1876.

Man versteht unter Scrophulose schlechte und ungleichmässige Ernährung der Gewebe des Körpers mit Neigung zur Entstehung von Hyperplasieen und hartnäckigen chronischen Entzündungen auf geringfügige örtliche Reizungen hin. Mager, schlecht genährt und schwach in ihren Leistungen findet sich die Musculatur, dagegen stellenweise stark entwickelt das Unterhautfettgewebe. Die Neigung zu Hyperplasieen betrifft besonders die Lymphdrüsen, die zu chronischen Entzündungen die Haut, die Knochen, die Sinnesorgane und

Schleimhäute. In den Entzündungsheerden kommt es zur Bildung eines wuchernden, an lymphoiden Zellen reichen, mit Riesenzellen durchsetzten Granulationsgewebes (Rabl), später zur käsigen Umwandlung der befallenen Theile.

Die Krankheit ist eine der verbreitetsten und häufigsten. Sie betrifft das Kindesalter mit Ausnahme der Säuglingsperiode; selten schleppt sie sich, früher entstanden, über die Pubertät hinaus bis in das mittlere Mannesalter fort. Sie ist in vielen Fällen, wenn auch nicht so ausschliesslich, wie Lugol wollte, ererbt: von scrophulösen, tuberculösen, syphilitischen, mit Kachexieen behafteten, überhaupt schwächlichen oder nahe mit einander verwandten Eltern. Am Häufigsten überträgt sie sich auf die Kinder von Eltern, die, in ihrer Jugend scrophulös, es blieben, ohne geheilt zu werden, oder später tuberculös wurden, auf die Kinder von Eltern, die zur Zeit der Zeugung tuberculös waren, oder die an späten Ausläufern einer oft behandelten, nie ganz getilgten Syphilis litten. Diese Verhältnisse und der Einfluss der bald zu betrachtenden Hülfsursachen erklären es, warum manchmal nur die älteren, manchmal nur die jüngeren Kinder einer Familie betroffen werden.

Ohne jede hereditäre Diathese kann die Scrophulose erzeugt werden durch fehlerhafte Nahrung. Das Ueberwiegen der Kohlenhydrate, das Mangeln der Proteïnsubstanzen ist dabei das Bestimmende. Schon die künstliche Auffütterung mit Brei, Semmeln, Mehlspeisen anstatt Milch kann in den ersten Jahren, der überwiegende Genuss von Brod, Kartoffeln, Gemüse, Hülsenfrüchten später den Grund zur Krankheit legen. Unzureichende Ernährung, frühzeitiger Genuss von starken Spirituosen, öftere Indigestionen können zu ihrer Ausbildung mitwirken. — Von nicht geringerem Einflusse ist das Einathmen abgesperrter, verbrauchter, rauchiger schlechter Luft. Wie die Nahrung so kann die Wohnung scrophulös machen. Ist diese verdampft und überheizt, eng, von vielen Menschen bewohnt, von Rauch und Kochdünsten geschwängert, vom Moder feuchter Wände angeweht und unrein, so erkennt man in ihr eine jener Brütestätten der Scrophulose, denen die Häufigkeit dieser Krankheit in grossen Städten hauptsächlich zu verdanken ist. Je dauernder die Kinder in solcher Wohnung verweilen, je weniger sie ins Freie gebracht und zur Uebung ihrer Muskeln veranlasst werden, um so grösser die Gefahr des Scrophulöswerdens. Neben anderen Ursachen haben auch Erkältungen einigen Einfluss. Scrophulose kommt in jedem Klima vor, in kaltem, feuchtem etwas

häufiger. Einwanderer aus wärmeren Gegenden sehen ihre Kinder verhältnissmässig oft erkranken. Einigen Einfluss auf den Ausbruch und das Ernstwerden der vorher latenten Diathese haben Erkältungen. Sie geben zu Schleimhautkatarrhen, Schwellungen der benachbarten Drüsen, die dann induriren und verkäsen, Veranlassung; sie bringen die vorher latente Diathese zur Manifestation, während sie später unter dem Einflusse günstiger äusserer Einwirkungen noch hätte heilen können. Aehnlich verhält es sich mit manchen traumatischen Einwirkungen. Sie ziehen einem Gesunden keinen Nachtheil zu, einem Scrophulösen die Entwickelung einer verkäsenden Entzündung, von der aus er tuberculös werden kann. Seine Scrophulose wäre vielleicht bald geheilt und erloschen, das Trauma hat sie nicht erregt, sondern zum bedrohenden Heraustritte aus ihrem seitherigen Stillleben gebracht. — Grosse Städte, Fabrikdistrikte, kasernenartige Kinderasyle produciren viel Scrophulose. Die Kinder werden gefährdet von dieser Krankheit, wenn die Eltern, in lebhaftem Kampfe um die Bedingungen der Existenz begriffen, ihnen wenig Sorge zuwenden, wenig plastische Nahrungsstoffe erkaufen, wenig Luftraum verschaffen können, andrerseits wenn die Eltern, in Indolenz und Trägheit versunken, am Hergebrachten sinnlos hängend, Fehler der Erziehung und Ernährung zu vermeiden versäumen, durch die vielleicht schon mehr als eine Generation depravirt wurde. — Mit dem Stillesitzen in abgeschlossenen Räumen hängt es wohl zusammen, dass Mädchen mehr als Knaben befallen werden. — Keuchhusten und Masern bringen besonders oft die vorher latente Krankheit zum Ausbruche.

S c r o p h u l o s e b e w i r k t S c h w ä c h e u n d U n g l e i c h m ä s s i g k e i t d e r E r n ä h r u n g und vieler Functionen. Man findet schlaffe Muskeln, leichtes Ermüden, geringe Energie des Willens, zarte, blasse, zu Erkrankungen geneigte, oft mit Schweissen bethaute Haut, dünnes, zartes, häufiger blondes Haar, intelligente, stark feuchte, glänzende Augen, meist mit weiter Pupille. Der Lebhaftigkeit des Geistes entspricht die veränderliche Stimmung, oft durch körperliches Leiden, Katarrhe, Verdauungsstörungen, Anginen getrübt. Oberlippe und Nase sind häufig verdickt, bei den «torpiden Scropheln» contrastirt überhaupt das starke Unterhautfettgewebe mit der Schwäche und Schlaffheit der Muskeln.

Diese Kranken erleiden auf geringfügige äussere Schädlichkeiten hin Entzündungen der Haut, der Schleimhäute, der Sinnesorgane, der Knochen, vorzüglich aber der Lymphdrüsen, deren lang-

wieriger, schleppender Verlauf die gewöhnliche Dauer weit übertrifft. — An der äusseren Haut treten Ekzeme auf, nach deren endlicher Heilung Verdickungen der Haut, chronische Oedeme oder Abschilferungen der Oberhaut zurückbleiben. An den Lippen, Ohren, der Nase finden sie sich als dicke Krusten bildende, impetiginöse, an den Extremitäten meist als schuppende, nässende, einfache vor. Hebra hat weissliche, gruppenweise stehende Knötchen als eigenen Lichen scrophulosorum beschrieben. Der späteren vorgeschrittenen Zeit gehört der Lupus, die fressende Flechte an, die besonders oft im Gesichte ihre Zerstörungen macht und wohl in sehr vielen Fällen auf scrophulöser Grundlage beruht.

Unter den Schleimhäuten ist am Häufigsten, fast constant, die der Nase von chronischem Katarrhe betroffen, dessen überfliessendes Secret Ekzem der Lippe erregt. Am Rachen gehen Hypertrophieen der Tonsillen und der Drüsen der hinteren Wand aus öfteren Katarrhen hervor. Von hier aus verzweigen sich diese Katarrhe nach dem Bronchialrohre einerseits, indem sie Husten, schleimigen, hie und da blutig geäderten Auswurf bedingen, nach dem Verdauungskanale andrerseits, wo sie zur Auftreibung des Unterleibes, Störungen des Appetites, der Entleerungen u. dergl. führen. Von den Sinnesorganen leidet vorzugsweise das Auge. Verdickungen des Lidrandes, chronische Entzündung der Meibomschen Drüsen gehören zu den leichtesten Erscheinungen. Pusteln auf Conjuctiva und Hornhaut, von Gefässbändchen ernährt, folgen sich oft in grosser Zahl, wenn auch nicht viele gleichzeitig zur Entwicklung kommen, verursachen Lichtscheu und Thränenträufeln. Sie hinterlassen die Nebelflecke der Cornea, die, wenn central gelegen, das Sehvermögen beeinträchtigen. Als scrophulöse Iritis bezeichnen Manche Formen mit sehr plastischer Exsudation, welche vom Humor aqueus aus bei chronischem Verlaufe sich auf der hinteren Hornhautfläche in Form feiner Körner, bei acuterem in Fetzen auf dem Grunde der vorderen Augenkammer ansammelt. Am Ohre wird Katarrh des äusseren Gehörganges, bisweilen Vereiterung der Knochensubstanz des Felsenbeines beobachtet. Die sonstigen Knochenleiden treten als Periostitis, Caries, Nekrose auf; besonders oft werden die Wirbel, Phalangen, Rippen und manche Röhrenknochen der Extremitäten ergriffen. Auch die Gelenke werden in Form fungöser Entzündung befallen. Das Hüft-, Knie-, Fuss- und Ellbogengelenk werden oft betroffen.

Für die Lymphdrüsen gilt der Grundsatz, dass sie fast

stets secundär erkranken. Wo nicht besondere Traumata direct einwirkten, muss man in den Wurzelgebieten der zuführenden Lymphgefässe die Ursache der Drüsenschwellung suchen. Velpeau, später Griesinger haben dies nachgewiesen. Krankheiten der Mundschleimhaut, Mandelentzündungen, Ekzeme der Gesichts- und Kopfhaut machen am Häufigsten die Halsdrüsen anschwellen, auch die der Leiste, des Ohrs, des Ellenbogens werden durch benachbarte Haut- oder Knochenkrankheiten ins Spiel gezogen. Ihre Schwellung ist eine einfach hyperplastische, überdauert den krankmachenden Reiz oft um Jahre und geht unter ungünstigen Umständen später in centrale Verkäsung über. Die Anfangs schmerzlose Schwellung der Drüsen wird immer grösser, sie lassen sich noch eine Zeit lang unter der Haut hin- und herschieben als glatte, höchstens haselnussgrosse Geschwülste, später können einzelne der grössten gegen Druck empfindlich werden, eine festere Lagerung gewinnen, mit der Haut verlöthet werden und durchbrechen. So entstehen Abscesse, die oft durch unregelmässige Fistelgänge, mit mehreren Drüsen correspondirend, dünnen Eiter spärlich aber hartnäckig entleeren, dem käsige Bröckel zerfallenden Drüsengewebes hie und da beigemengt sind. Sie bestehen bald nur einige Wochen, bald eine Reihe von Jahren hindurch und hinterlassen wulstige, eckig-leistige, nicht frei mit der Haut verschiebbare Narben. Auch bei ihrem Auftreten innerhalb der Körperhöhlen hängen die scrophulösen Drüsengeschwülste von Erkrankungen der Organe ab, deren Lymphgefässe sie aufnehmen. Bald sind es verkäsende, keilförmige pneumonische Heerde, an deren nach innen gerichteter Spitze grosse, ebenso umgewandelte Lymphdrüsen sitzen, oder cavernös zerfallende Lungentheile, denen sie entsprechen, bald einfache chronische Katarrhe, durch die sie hervorgerufen wurden. Auch hier kann der Katarrh längst vorüber sein, die Bronchialdrüsenerkrankung aber als selbstständiges Leiden fortbestehen und durch Druck auf benachbarte Organe oder Durchbruch von Eiter in dieselben schwere Folgen haben. Von den Mesenterialdrüsen schwellen am Häufigsten die dem untersten Theile des Ileums entsprechenden an, die einzelnen bis zur Taubeneigrösse, ganze Paquete bis zum Umfange einer Kinderfaust. Auffallend oft entsprechen sie scrophulösen Schwellungen und Geschwüren der Drüsenhaufen dieser Gegend, weit seltener blossen Darmkatarrhen. Während die Geschwülste der Bronchialdrüsen nur in umständlicherer Weise aus den percutorischen Zeichen und ihren Druckwirkungen und auch da nur ausnahms-

weise erkannt werden können, lassen sich die der Mesenterialdrüsen durch dünne Bauchdecken hindurch ganz wohl fühlen, nur darf man sie nicht, wie es leider nur zu oft geschieht, mit Kothgeschwülsten verwechseln. Diese vielfachen Lymphdrüsengeschwülste führen, soweit die Drüsen noch functionsfähig, zu einer Leukocythose, von der aus die Neigung zur Eiterbildung bei geringfügigen Verletzungen (schlechte Heilhaut), die man oft bei Scrophulösen findet, sich erklärt.

Je ausgeprägter die Scrophulose, je reichlicher und langwieriger eitrige Processe von ihr erregt werden, je mehr die gesammte Ernährung des Körpers sinkt, um so leichter entstehen glatte, harte, schmerzlose Schwellungen der Leber und Milz, die im Zusammenhalte mit reichlichem Eiweissgehalte des Harnes durchscheinender Blässe der Haut und chronischem Durchfalle als Zeichen der Amyloidentartung der grossen Drüsen der Unterleibshöhle betrachtet werden dürfen. Ein weiteres Zeichen, das speciell der Amyloidentartung der Niere entspricht, ist die bei Zusatz von Jodkaliumlösung und rauchender Schwefelsäure zum Harn auftretende Erscheinung eines violetten Ringes zwischen beiden Schichten der Flüssigkeit. Die Amyloiderkrankung ist heilbar, ich habe, wie E. Wagner, ausgesprochene Amyloidgeschwulst der Leber und Milz sich zurückbilden sehen. Von der Speckleber unterscheidet sich die Fettleber, die gleichfalls bei vielen Scrophulösen vorkommt, durch weichere Oberfläche, Mangel der Milzschwellung, des kachektischen Aussehens, oft auch des Eiweissharnens. Sie hat dünnere Ränder, überhaupt eine flachere Form. Eine noch weit schwerere Gefahr bedroht die Scrophulösen: die der Tuberculose. Das viel discutirte Verhältniss beider Krankheiten liegt, Dank den experimentellen Forschungen der letzten Jahre, jetzt klarer vor. Es sind nicht nothwendige oder ausschliessliche Beziehungen, die beide Krankheiten mit einander verbinden. Abgestorbener Eiter, ins Blut gebracht, erzeugt auf dem Wege capillarer Embolie miliare Tuberkeln. Aeltere käsige Heerde sind, wie Buhl zuerst lehrt, eine nothwendige Vorbedingung der Tuberculose. Von da aus erfolgt die Infection. Diese Heerde liefert für das Kindesalter wenigstens sehr überwiegend die scrophulöse Erkrankung, besonders die der Lungen, der Lymphdrüsen und der Knochen. Man wird aus der Einsicht in diesen Zusammenhang die Lehre entnehmen, dass die Eiterheerde Scrophulöser mit doppelter Sorgfalt von Anfang an zu behandeln sind. Kann man den Geschwülsten der Bronchial- und

Mesenterialdrüsen, von denen erstere so sehr oft das Material zur tuberculösen Infection liefern, direct nicht beikommen, so muss man um so sorgfältiger die Bronchial- und Darmkatarrhe, die die Anschwellung der Drüsen erzeugen, zu verhüten oder rasch zu beseitigen suchen.

Der durchaus chronische Verlauf der Scrophulose endet häufig mit völliger Heilung und Kräftigung des Körpers, andere Male geht aus der Krankheit eine schwache, zu Rückfällen auch jenseits des Kindesalters geneigte Constitution hervor. Direct an den scrophulösen Erkrankungen sterben Wenige, so an langwieriger Eiterung, Perforation einer Bronchialdrüse, Wirbelcaries, Viele dagegen an Tuberculose. Die Erkrankungen der Knochen, der inneren Drüsen, des Darmes sind die gefährlicheren Localisationen. Aeussere Drüsen, Haut, Rachenorgane, Sinnesorgane sind leichter zugängig und heilbar.

Die Diagnose stützt sich nicht so sehr auf einzelne Beweise, wie auf den Gesammteindruck, die Reihenfolge der localen Erkrankungen, von denen ein Kind betroffen wurde, die ererbten Anlagen und die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, unter denen es aufwuchs. Flecken der Hornhaut, geschwollene Halsdrüsen, Anämie, dicke Oberlippe, Rachenkatarrh, das sind so die gewöhnlichsten Zeichen, die zusammen vorkommen. Je weniger strenge Beweise einer Diagnose möglich sind, um so sparsamer und gewissenhafter soll man sie handhaben, jedenfalls sie nie als Nothbehelf, als Deckmantel der Oberflächlichkeit in Untersuchung und Behandlung verwenden. Mit der Rachitis hat Scrophulose nichts gemein, jene ist eine ausgeprägte Wachsthumsstörung des Skelettes. Von der Tuberculose muss man sie, soweit es angeht, zu unterscheiden suchen, bei der Neuheit der jetzigen Anschauungen lassen sich beide Symptomenreihen noch nicht durchgehends auseinanderhalten.

Ein Hauptgrund, wesshalb die Praktiker so hartnäckig sich der Missachtung einer eigenen scrophulosen Erkrankung widersetzten, liegt darin, dass die Erfahrung genügend nachgewiesen hat, dass die meisten der scrophulösen Localerkrankungen, ganz local aufgefasst oder behandelt, nur sehr schwierig, oft gar nicht zur Heilung gelangen, dass sie entschieden einer allgemeinen specifischen Behandlungsweise bedürfen. Anderseits freilich unterliegt es keinem Zweifel, dass unter Anwendung einer solchen doch die Heilung der localen Leiden mächtig durch eine locale Behandlungs-

weise unterstützt werde. — Die nächste Aufgabe wird es immer sein, diejenigen hygieinischen Verhältnisse aufzusuchen und zu verbessern, welche die hereditäre Disposition zum Ausbruche brachten, oder einer erworbenenen Scrophulose zu Grunde liegen. So mag es denn je nach Umständen geeignet erscheinen, die Kranken aufs Land, ins Gebirg, an die See zu schicken, auf Wohnungswechsel, Verlegung der Kinderstube, Bewegung im Freien zu dringen. Die Diät ist je nach den Verhältnissen der Eltern speciell zu bestimmen und zwar stets in der Weise, dass sie eine möglichst nahrhafte, stickstoffreiche, selbst unter Umständen etwas excitirende sei, mit möglichster Verbannung der Amylacea und anderer voluminöser, den plastischen Zwecken wenig dienender Substanzen. Milch, weisses Fleisch, Ei und Bouillon werden am Meisten geeignet erscheinen, die Ernährung zu heben. Von medicinischer Seite wird man das Gleiche durch Gebrauch des Oleum jecoris erstreben in Dosen von circa 2—3 Löffeln voll pr. Tag, der jedoch, um erfolgreich zu sein, Monate, selbst Jahre lang fortgesetzt werden muss. Jedenfalls ist dieses Fett leichter assimilirbar und thatsächlich fördernder für die Ernährung als irgend ein anderes, das man zu diesem Zwecke anzuwenden versucht hat. Von den sonstigen Medicamenten verdienen namentlich aus der Reihe der Tonica Eisen, aus der der antidyskrasischen Stoffe das Jod Berücksichtigung. Den Gebrauch beider, vorzüglich des letzteren, würden wir aus praktischen Gründen, die übrigens einer theoretischen Rechtfertigung wohl fähig sind, am Liebsten in Mineralwasserform vornehmen lassen, falls es angeht, an Ort und Stelle. Namentlich die Quellen von Kreuznach, Krankenheil, Sodenthal, Dürkheim sind zu empfehlen. Wo jedoch äussere Verhältnisse solches nicht gestatten, ist es gut, das Jod in Mixtur oder Eisen in Pulvern zu reichen. Das Jodkalium reicht man in kleiner Dose, je nach dem Alter des Kindes zu grm. 0,2—0,5 pro die in Mixturen, bei denen aromatische Syrupe (zingiberis oder cinnamomi) den übeln Geschmack des Mittels verdecken. Sollten Bronchialkatarrhe, gastrische Beschwerden oder gar Reizungen der Mundschleimhaut entstehen, was übrigens nur sehr selten geschieht, lo lässt man Hopfenthee nachtrinken.

Schr häufig wird es die Langwierigkeit des Leidens nothwendig machen, eine passende Abwechslung in der Behandlung eintreten zu lassen. Am Wenigsten darf sich diese auf den Gebrauch des Leberthrans erstrecken, wenn man sich einmal für solchen entschie-

den hat. Häufig wird es geeignet sein, im Sommer eine Trink- und Badecur an den genannten Orten vorzuschlagen, im Herbste ein Seebad, im Winter einen wärmeren klimatischen Kurort aufsuchen zu lassen, oder unter Fortsetzung von Salz- oder Mutterlaugenbädern im Hause Jod oder Eisen zu reichen.

Mit völliger Umgehung einer Reihe sonst angepriesener Mittel, wie Baryt, Cicuta, Mercur u. dergl., von welchen namentlich die letzteren entschieden nachtheilig wirken müssen, wollen wir nur noch eines in Erwähnung bringen, das namentlich in der Armenpraxis sehr anwendbar erscheint, nämlich die Nussblätter. Sowie viele andere Amara scheinen auch diese eine tonisirende Wirkung zu äussern, wahrscheinlich durch örtliche Wirkung am Tracte. Man reicht sie im Thee oder Extracte (grm. 4—8 pro die) und kann auch Bäder in ihrem Decocte nehmen lassen. Einige Wirksamkeit, wenn gleich geringere als den Jod- und Eisenpräparaten, ist denselben gewiss nicht abzusprechen und in der Armenpraxis wird man häufig froh sein, neben dem Leberthran auch noch diese in Anwendung ziehen zu können.

Die Behandlung der Localaffectionen bedarf keiner specifischen Therapie, sie kann nach allgemeinen Regeln geleitet werden aus dem einfachen Grunde, weil es überhaupt keine specifischen Localerkrankungen Scrophulsöser gibt. Wir werden daher bei Ophthalmieen, je nach ihrer Intensität, Anfangs örtliche Blutentziehungen, Laxanzen, Vesicatore hinter das Ohr oder dergl., später örtlich Nitr. argent., Sulf. zinci, Laudanum liquidum in verdünnten Solutionen, Aqua Conradi, Collyrium luteum, Präcipitatsalbe oder dergl. anwenden, gerade wie sonst auch; bei Ekzemen zuerst die Reinlichkeit herstellen, dann Zink-, Theersalbe, kalte Umschläge, Sapo viridis oder was sonst appliciren, bei Lupus ätzen mit Lapis caust., Lapis infern., Pulv. Cosmi, den Pasten von Velpeau, Canquoin, Rivalié oder Andern u. s. f. Die Knochen- und Gelenkkrankheiten werden eine einfache chirurgische Behandlung erfahren, ebenso die Unterhautzellgewebsabscesse, die Congestionsabscesse, die Fistelgänge vereiternder Lymphdrüsen. Für die Erkrankung letzterer wird es namentlich wichtig sein, etwa noch vorhandene Erkrankungen im Gebiete ihrer zuführenden Lymphgefässe zu beseitigen. Die antiseptische Wundbehandlung gestattet jetzt in weit gründlicherer Weise an die Ausrottung peripher gelegener scrophulösen Eiter- und Entzündungsheerde heranzutreten. Diess gilt namentlich von den Erkrankungen der Knochen und

Lymphdrüsen. So wird sich mancher tuberculöser Infection vorbeugen lassen.

III. Tuberculose.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 620.

P. Panum: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Embolie. Virch. Arch. XXV. p. 308.

H. Lebert und O. Wyss: Beiträge zur Experimentalpathologie etc. Virch. Arch. Bd. XI.

Ott: v. Niemeyer's klin. Vorträge über Lungenschwindsucht. Berl. 1867.

Schüppel: Zur Histogenese der Lebertuberculose. Arch. d. Heilkunde. Jahrg. IX. S. 524.

J. Cohnheim und B. Fränkel: Experimentelle Untersuchungen über die Uebertragbarkeit der Tuberculose auf Thiere. Virch. Arch. Bd. XLV. H. 2. S. 216.

L. Waldenburg: Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose. Berl. 1869.

Steiner und Neureutter: Prag. V.J.S. 1865. II. p. 34.

B. Fränkel: Die Tuberculose der Choroidea und die Miliartuberculose der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. Neue Folge II. 2. p. 1.

Eust. Smith: Commentaries on disease in children. Ac. gen. Tuberc. (Granulia). Med. Times and Gaz. Apr. 25 ect. 1874.

Weigert: Zur Lehre von der Tuberculose und von verwandten Erkrankungen. Virch. Arch. Bd. 47. S. 269.

Die Experimentalpathologie hat der verheerendsten aller Krankheiten den specifischen Charakter einer eigenthümlichen Neubildung genommen und ihr häufiges Vorkommen aus verbreiteten Bedingungen ihrer Entstehung erklärt. Virchow hat den Begriff des Tuberkels auf das miliare Knötchen zurückgeführt und von den verkäsenden Knoten entzündlicher Neubildung, des Carcinoms, eingedickten Eiters etc. getrennt. Rindfleisch zeigte den Ausgang der wahren Tuberkeln von feinen arteriellen Gefässen, Panum fand bei seinen Embolieversuchen in den Lungen als Product der feinsten Embolie kleine graue Knötchen von solcher Aehnlichkeit mit den Miliartuberkeln des Menschen, dass er des Gedankens an eine vollständige Uebereinstimmung beider Veränderungen sich nicht erwehren konnte. Die experimentellen Forschungen über die Ueberimpfung der Tuberculose, welche Villemin begann, Lebert und Wyss, Conheim und Fränkel und viele Andere fortsetzten, schienen Anfangs der Annahme eines specifischen, übertragbaren Tuberkelstoffes günstig, lieferten jedoch jetzt das Resultat, dass abgestorbener Eiter, ins Blut gebracht, dort,

wo er embolisch einwandert, Tuberkeln erzeugt. Schon die Erfahrungen Panum's zeigen, dass kleine Kautschuk-, Quecksilber-Körnchen u. dergl. dasselbe leisten. Auch die Erfahfahrungen über tuberkelartige Gebilde durch eingewanderte Bandwurmembyronen — Cestoden-Tuberculose (Mosler, Leuckard) — sind so zu deuten. Auch durch Inhalation käsiger Massen (Tappeiner) und feiner Körperchen überhaupt (Schottelius) entsteht Tuberculose. Für die meisten Fälle stellt sich die Tuberculose dar, wie schon vor 19 Jahren von Buhl angegeben worden war, als eine Infection, ausgegangen von verkästen Geweben, deren Bröckel ins Blut gelangen und weiter transportirt werden. Wo ältere verkäste Heerde in den Leichen Tuberculöser vermisst werden, da müssen sie während des Verlaufes der Tuberculose sich entleert haben oder geheilt sein. Mit diesem neuen, damals noch im Werden begriffenen pathologisch-physiologischen Standpuncte zuerst klinisch versucht zu haben zu wirthschaften, ist das entschiedene Verdienst von F. Niemeyer. Später hat Waldenburg in der gleichen Richung weiter zu arbeiten gesucht.

Die Krankheitsheerde, von denen aus die tuberculöse Infection erfolgt, sind vertreten durch Entzündungen des Parenchyms drüsiger Organe mit Ausgang in anämische Nekrose des entzündeten Gewebes (Lunge, Lymphdrüsen), eitrige Entzündungen seröser Häute (Pleura, Peritoneum), Ulcerationen der Schleimhäute (Darm, Urogenitalapparat, Larynx), Verschwärung der Haut, des Bindegewebes, der Knochen mit Eindickung des Eiters, endlich Stagnation des Eiters in Schleimhautkanälen (Ohr, Bronchien).

Durch die Untersuchungen von Louis wurde bereits erwiesen, dass käsige Heerde bei tuberculösen Kindern sich mit beträchtlich geringerer Constanz in den Lungen vorfinden, wie bei der gleichen Erkrankung Erwachsener, dass dagegen bei Kindern die Bronchialdrüsen allein und in Combination mit der Lunge weit öfter erkrankt sind. Steiner und Neureutter fanden unter 302 Fällen die Lungen 126 Mal frei. Käsige Pneumonieen kommen besonders oft in Folge der Masern und des Keuchhustens vor, daher diese Krankheiten mit Recht als ergiebige Quellen der Tuberculose gelten. Dagegen sind Typhus, Diabetes und Kohleninhalation für das Kindesalter weit seltener wirksam. Lungenkatarrhe regen sowohl diese Pneumonieen als auch die noch häufigere Schwellung der Bronchialdrüsen gewöhnlich an. Unter obigen 302 Fällen von St. und N. waren die Bronchialdrüsen 275 Mal, die Lungen 176 Mal erkrankt,

erstere allein 36 Mal. Oeftere Erkältung, mangelhafte Bekleidung, Aufenthalt in rauchiger, staubiger Luft wirken so als indirecte Krankheitsursachen. Nächst den Lymphdrüsen des Brustraumes werden am Häufigsten die des Unterleibes und des Halses Quelle der Erkrankung. Von den Entzündungen der serösen Häute kann man sagen, dass sie im Ganzen im Kindesalter häufiger direct tödten, jedoch wenn einmal ihr acutes Stadium überwunden ist, häufiger heilen, als zu dem Tode durch Tuberculose führen. Auch von den Schleimhautverschwärungen haben die meisten für das Kindesalter geringe oder keine Bedeutung, nur von scrophulösen, durch verkehrte Ernährung hervorgerufenen Darmgeschwüren aus entsteht öfter direct oder durch das Mittelglied der Tabes mesaraica Tuberculose. An der äusseren Haut sind besonders Abscesse, Pusteln, Geschwüre von Bedeutung. Möglich, dass die merkwürdige Thatsache, die Rilliet und Barthez aufgefunden haben, nun doch noch auf diese Weise ihre Erklärung findet: von 208 Todesfällen geimpfter Kinder starben 138 tuberculös, von 95 Nichtgeimpften 30 tuberculös, die übrigen an anderen Krankheiten. Auch der alte Glaube an die Gefahr rascher Heilung eiternder Hautausschläge findet jetzt eine Bestätigung nicht der Gefahr der Heilung, sondern der Gefahr der Krankheit, die zur tuberculösen Metastase in den Lungen führen kann. Von den Knochenkrankheiten sind es Wirbel-, Felsenbein-, Hüftgelenks- und Kniegelenksentzündung am Häufigsten, aber auch sonst cariöse und nekrotische Processe, die Tuberkeln liefern.

Diejenigen klimatischen Verhältnisse, die die Häufigkeit der Scrophulose begünstigen, haben auch für diese Krankheit die gleiche Geltung (A. Hirsch). Grosse Städte, Fabrikstädte sind besonders productiv daran, hochgelegene lichtbevölkerte Landbezirke sind fast frei davon. Die meisten Fälle trifft man gegen die Pubertät hin und in den beiden ersten Lebensjahren. Angeboren scheint Tuberculose überhaupt nicht vorzukommen (Virchow); dagegen findet sie sich schon bei Kindern, die erst wenige Wochen alt sind, vor. Jetzt, wo man dieses Leiden nur als eine besondere Form embolischer Erkrankung, nicht als etwas Specifisches betrachtet, lässt sich die Möglichkeit einer Uebertragung derselben, einer eigentlichen Ansteckung schwer denken, so sehr auch die häufigen Erkrankungen von Frauen tuberculöser Männer, von Spitalärzten etc., dafür sprechen mögen. Wenn eine Uebertragung von den Eltern auf die Kinder so sehr häufig angenommen werden muss, so ist

dieselbe als Uebertragung der scrophulösen Diathese zu betrachten, von der aus ungewöhnlich schnell die tuberculöse Infection bewirkt wurde. Das Vorkommen acuter Miliartuberculose bei Säuglingen, deren Vater zur Zeit der Zeugung oder deren Mutter während der Schwangerschaft in der tuberculösen Erkrankung rasche Fortschritte machte, ist so häufig, dass man nur schwer den Gedanken an directes Vererbtsein der Krankheit abweisen kann. Indess es finden sich auch in diesen Kinderleichen schon scrophulös erkrankte Lymphdrüsen vor, von denen aus die Infection erfolgt sein konnte. Wenn auch mit einigem Widerstreben, immerhin sehe ich mich genöthigt, zuzugestehen, dass die Vererbung der Tuberculose aufgegeben werden und durch jene der Scrophulose ersetzt und erklärt werden muss.

Der Tuberkel, ein graues durchscheinendes Körnchen von eben sichtbarer bis Stecknadelkopfgrösse besteht aus einer Anhäufung äusserst zarter, meist einkerniger Rundzellen, die meist um ein feines arterielles Gefäss gruppirt sind, in ihrer Mitte eine oder mehrere Riesenzellen mit besonderer Lagerungsweise ihre zahlreichen Kerne führen und selbst der Verkäsung anheim fallen oder mit Verkäsungsprozessen in der Nachbarschaft in Zusammenhang stehen. Die Entstehungsweise der Tuberkeln von kleinen arteriellen Gefässen aus ist in den letzten Jahren immer allgemeiner zur Anerkennung gekommen. Schüppel hat für die Lebertuberkeln direct deren Entstehung durch Emboli, sowie für die zelligen Elemente derselben die Abstammung von weissen Blutzellen beobachtet. Bei längerem Bestande findet einige Vergrösserung des Kornes, dann an dem centralen Theile beginnend eine fettige Umwandlung der Zellen, Zerfall derselben und käsige Eindickung ihrer Reste Statt. Fliessen von den meist zahlreichen, dichtgedrängten Tuberkeln eines Organes mehrere benachbarte zusammen, so entstehen grössere gelbe Knoten, deren Form noch deutlich diesen Ursprung anzeigt. In der Lunge finden sich die Tuberkeln häufiger rechterseits, bei Pleuritis in der Lunge der gesunden Seite, also auf der Seite des stärkeren Blutstromes, reichlicher in den oberen Lappen. Bald sind sie von gesundem, bald von anderweit erkranktem, bald von frisch hyperämischem oder entzündetem Gewebe umgeben. Häufiger als in der Lunge sieht man an den serösen Häuten, dass die localen Reizungen der einzelnen Tuberkeln sich summiren zu einer faserstoff-eitrigen, stark in die Fläche ausgebreiteten Entzündung (z. B. Meningitis basilaris). In soliden parenchymatösen Organen bestehen

die Tuberkeln, von etwas Schwellung und Hyperämie des Bindegewebes abgesehen, fast ohne alle Folgen (Leber, Milz, Niere).

An Schleimhautoberflächen entstanden, zerfällt der Tuberkel bald in Folge der mechanischen und chemischen Reizungen, die auf ihn wirken, und hinterlässt ein Geschwür, das durch Zusammenfliessen von mehreren sich zu grösserem Umfange und buchtiger Form ausbilden kann. In der Umgebung des Geschwürs entwickeln sich katarrhalische Processe, deren Secret vom Geschwürgrunde aus Blut in capillaren Tröpfchen oder grösseren Mengen beigemischt werden kann (Larynx, Bronchien, Darm).

Die häufigste Form für das Säuglings- und eigentliche Kindesalter ist eine acute, mit recht allgemeiner Erkrankung aller der zuletzt aufgeführten Organe, besonders der serösen Häute. Der käsige Ausgangspunct ist dann gewöhnlich an den Lungen und Bronchialdrüsen zu finden, wie dies, wenn eine vielfache Embolie in dem Aortengebiete erfolgen soll, verlangt werden muss. Nehmen die Eiterbröckel besonders nach einem Organe dieses Gebietes ihre Richtung, so ist für das Kindesalter ungleich häufiger als später die Carotis interna ihr Weg zu den Meningen, weit seltener sind es die abdominalen Aeste der Aorta. Umgekehrt sieht man nach Darmphthise, Mesenterialscropheln oder Knocheneiterung weit häufiger eine überwiegende Ablagerung der Tuberkeln in der Lunge erfolgen; wenn aus diesen Quellen auch Tuberkeln der serösen Häute, der grossen Unterleibsdrüsen entstehen, so geschieht nicht mehr und nicht weniger, als man bei Pyämiekranken schon öfter nachwies: kleine Emboli durchschlüpfen das relativ weite Capillarnetz der Lunge und gelangen in die Körperarterien hinüber. Die eigentliche Schwierigkeit liegt noch in der Erklärung jener Fälle, in welchen sowohl das einzige scrophulöse Depot als auch die Tuberkelbildung in der Lunge angetroffen wird. Während die tuberkelerzeugende Capillarembolie durch directe Injectionen ins Blut (Panum — Cohnheim und Fränkel) zahlreiche directe Beweisführungen erfahren hat, muss man für den zuletzt angeführten Fall zu der zuerst von Buhl angenommenen, dann von Niemeyer weiter ausgeführten Fortführung der Tuberkel erregenden Gewebspartikeln in den Lymphbahnen seine Zuflucht nehmen. Virchow*) erwähnt ausdrücklich Präparate der mehr harten Tuberkelformen, bei denen man sich des Gedankens kaum erwehren konnte, Lymph-

*) loc. cit. p. 641.

gefässe mit gewuchertem Epithel vor sich zu haben, Buhl weist auf das reichlichere Vorkommen der Tuberkeln in dem nächsten Umkreise käsiger Heerde der Lunge hin, das sich durch eigentliche Emboli nicht wohl erklären lässt, kurz hier sieht man sich zu der Annahme genöthigt, dass die Lymphbahnen die tuberkelerregenden Ausstrahlungen der käsigen Heerde vermitteln. — Nach den Versuchen an Thieren ist anzunehmen, dass gröbere oder dichtgedrängte feinere Embolien käsiger Masse neue käsige Heerde, selbst Cavernen schaffen können, also Ursprungsstätten neuen embolischen Materials. Auch durch directe Ansteckung können Tuberkelcolonieen entstehen, so die Kehlkopfs- und Darmgeschwüre durch den Auswurf bei Lungentuberculose.

Der Verlauf beginnt in fast allen Fällen mit phthisischen Erscheinungen: Blass- und Welkwerden, niedergedrückter Stimmung, Abmagerung, Müdigkeit, abendlicher Fieberbewegung, nächtlichen Schweissen, Unregelmässigkeiten des Appetites und der Verdauung. Bald gehören diese Erscheinungen nur dem phthisischen Processe an, bald schon dem Beginne der tuberculösen Infection. Jedenfalls ist es höchste Zeit, wenn sie sich einstellen, den vorhandenen Heerden eingedickten Eiters oder abgestorbener Gewebe die grösste Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Fieberverlauf der Tuberculose entspricht vollständig dem einer acuten Infectionskrankheit. Er ist zwar dem der Trichiniasis, des Typhus nicht gleich, aber doch letzterem so ähnlich, dass die Unterscheidung schwer werden kann. Der Typus ist der einer der Intermittens sich nähernden Remittens mit 1—2 täglichen Exacerbationen. Letztere nehmen 2—8 Stunden des Tages ein, fallen fast stets auf eine Tageszeit, bald auf die Abend- und ersten Nachtstunden, seltener auf den Morgen, noch seltener Mittag. Während dieser treten Temperaturen von 39°, meist 40°, selbst 41° C. auf, in der Zwischenzeit sinkt die Temperatur langsam und steht nicht selten während eines grösseren Theiles der Nacht nahe bei Normal, doch meist etwas darüber. Je höher die Temperatur in den Zeiten der Remission, desto schlechter die Prognose. Das Wiederansteigen der Temperatur erfolgt meist schroffer als der Abfall und verursacht die mit Recht als schlechtes Zeichen verrufenen quotidianen Fröste, bei kleinen Kindern wenigstens Blässe, Kälte der Extremitäten und Schlaffheit. Die Zeit der Remission bringt die Nacht- und Morgenschweisse als äusserliches Symptom mit sich. Einige Unregelmässigkeit zeigt dieser Fieberverlauf stets, zu seiner exacten Auffassung genügen zweimalige

Temperaturmessungen täglich durchaus nicht. Der Puls steht im Verhältnisse zur Körperwärme hoch an Frequenz, noch höher die Respiration, da sowohl letztere als die Circulation ausser durch die Fieberhöhe noch durch örtliche Behinderungen in die Höhe getrieben werden. Katarrh, Husten, Rasselgeräusche, blutig tingirte Sputa weisen oft auf ein Leiden der Lunge hin, doch wird dasselbe um so eher — caeteris paribus — als rein tuberculöses gelten dürfen, je negativer die physikalischen Befunde. Theils die Lungenerkrankung, theils die durch geschwollene Bronchialdrüsen bewirkte Compression der intrathoracischen Venen bewirkt bisweilen leichtes Gesichtsödem; aus denselben Gründen, vielleicht noch aus der erschwerten Circulation in der Carotis interna, speciell der Pia mater, ist wohl die leicht violette Färbung des sonst anämischen Gesichtes abzuleiten, auf die Rilliet und Barthez besonderen Werth legen. Auch Epistaxis ist nicht so ganz selten. Den directen Nachweis verbreiteter tuberculöser Erkrankung gestattet die ophthalmoskopische Untersuchung. Nachdem Manz die Tuberkeln der Choroidea aufgefunden, hat Cohnheim deren Häufigkeit bei allgemeiner Tuberculose nachgewiesen, Gräfe und Leber, B. Fränkel haben sie nun schon an einer Reihe von Lebenden demonstrirt. Aderhauttuberkeln machen keine Sehstörung, sitzen meist in Mehrzahl in der Nähe der Papille und zeigen sich als weissliche rundliche Flecke, die verwaschen in die Umgebung übergehen und an darüber verlaufenden Gefässen bei einer gewissen Grösse eine parallaktische Verschiebung bewirken. — Man findet noch als weniger schöne und augenfällige, aber auch direct zu verwerthende Zeichen der Tuberculose serpiginöse Ulcerationen, die, von den Tonsillen ausgehend, längs der seitlichen Rachenwand sich ausbreiten, und gewisse Geschwüre am Kehlkopfe, die ihre Entstehung dadurch, dass zahlreiche kleine Geschwürchen zusammengeflossen, noch durch Flächenhaftigkeit und zernagte Form zu erkennen geben und auch laryngoskopisch gut erkennen lassen. Die in den meisten Fällen nachweisbare mässige Vergrösserung der Milz ist weniger von Einlagerungen von Tuberkeln in deren Pulpe, als von den Fieberverhältnissen abhängig. Dagegen ist das hie und da einmal vorfindliche roseolöse, dem des Typhoids ähnliche oder auch petechiale Exanthem am Stamme wahrscheinlich (ähnlich wie schon von Friedreich für dasselbe bei Endokarditis geschehen) durch capillare Hautembolieen zu erklären.

Der Verlauf ist acut, wenn die tuberkelerregenden Stoffe massen-

haft und häufig dem Blutstrome sich beimengen. Er ist dann durch die erwähnten Fröste gekennzeichnet, die man sich ähnlich wie die der Lungenarterienembolie durch die Einwanderung selbst bedingt denken muss, sobald sie schubweise durch ganze Schwärme solcher Corpuscula bedingt wird. Im Uebrigen ist der Verlauf ein unregelmässiger, unbegrenzter, der auf Tage und Wochen, in gewissen chronischen Fällen auch auf Monate sich erstrecken kann. Zu den besprochenen Erscheinungen einer typhoiden Infectionskrankheit mischen sich weiterhin meningitische oder bronchitische Erscheinungen in verschiedenem Maasse bei und ändern dadurch das Krankheitsbild in später zu besprechenden Richtungen ab. Heilung einzelner Miliartuberkeln ist nicht selten: sie schrumpfen zu fibroiden weissen Knötchen; auch verbreitete Tuberculose kann heilen, Schleimhautgeschwüre (Larynx, Darm) gelangen seltener dahin, noch seltener die durch Tuberculose erregten Serosa-Entzündungen.

Die Therapie ist vorläufig fast ganz auf die prophylaktische Thätigkeit, die sorgfältigste Behandlung der scrophulösen Drüsenerkrankungen, der Katarrhalpneumonieen, der respiratorischen Katarrhe, der Hämoptoë, Pleuritis, der Knocheneiterung etc. angewiesen.

Ist die Tuberculose selbst im Gange, so wird die grösste körperliche Ruhe, Aufenthalt im Bette etc., vielleicht der Häufigkeit der Embolie etwas entgegenwirken können: selten wird man durch Einwirkung auf den käsigen Heerd jetzt noch den embolischen Vorgängen hemmend entgegenwirken können, etwa bei Knochenkrankheiten durch chirurgische Eingriffe. Mir haben bis jetzt subcutane Chinineinspritzungen und Inhalationen von Infus. Digitalis von dem raschesten Einflusse auf die Fiebersteigerungen der Tuberculösen geschienen.

Langsamer und dauernder erhält man den Erfolg durch die innere Anwendung einer Combination dieser Mittel (0,02—0,1 Digit. und 0,05—0,2 Chinin pro dosi). Auch das Kaltwasserverfahren scheint versuchenswerth. Der Ernährung muss besondere Sorgfalt zugewendet werden. Kommt sie in günstigen Gang, so ist viel gewonnen, doch lasse man sich durch kurzes Stillstehen oder Zunehmen des Körpergewichtes noch nicht zu grossen Hoffnungen hinreissen.

IV. Diabetes mellitus.

Zuckerharnruhr.

J. Seegen: Der Diabetes mellitus. Leipz. 1870. F. 23 u. 80.
R. Schmitz: 4 Fälle von geheiltem Diabetes mellitus und kurze Bemerkungen über die Entstehung desselben. Berl. klin. Wochensch. 1873. nr. 18.
Senator: Ueber Diabetes mellitus bei Kindern. Ibid. 1872. nr. 48.
Jahresbericht der med. Abth. d. Spit. zu Basel 1873. S. 91.
Th. Rossbach: Berl. kl. Wochenschrift. 1874. S. 258.
Reimer: Jahrb. f. Kdhlkde X. 306. (Gliom v. 3—6 mm. Du. am Boden des IV. Ventr.)
Correspondenzbl. d. allg. ärztl. V. v. Thüringen. 1875. nr. 8.

Die Zuckerharnruhr gilt hie und da als dem Kindesalter gar nicht zukommend oder doch als ungemein selten bei Kindern. West gibt an, dass er selbst sie nie gesehen habe, Prout unter 700 Diabetikern nur einmal bei einem K. von 5 J. 12male bei 10—20-jährigen Personen. Griesinger fand doch schon unter 225 in der Literatur gesammelten Fällen 6 unter 10 Jahren, drei Knaben und drei Mädchen. Külz hat über 120 Fälle aus dem Kindesalter zusammenzufinden vermocht.

Der a. ä. Verein für Thüringen hat 108 dortige Diabetes-Fälle zusammengestellt, darunter finden sich 3 Knaben von 3, 5 und 12 J., kein Mädchen. Wenn selbst bei Erwachsenen diese Krankheit leichter als viele andern, ja meistens eine Zeit lang im Beginne unerkannt bleibt und oft erst von Augenärzten, Zahnärzten entdeckt werden muss, wie oft mag sie dann erst bei Kindern übersehen werden. —

Die Zuckerharnruhr hat als Krankheitseinheit nicht viel mehr Bedeutung wie die Wassersucht. Eine Anzahl von Fällen lässt sich zurückführen auf verschiedenartige Krankheiten des Nervensystemes. Dahin gehören Läsionen, die die classische Stelle Claude Bernard's den Boden der Rautengrube treffen. So fand Reimer bei einem diabetischen Knaben ein kleines Gliom an dieser Stelle. Auch Krankheiten des Wurmes und des Halsmarkes sind als Ursachen der Zuckerharnruhr beobachtet. Von grosser Bedeutung sind Erkrankungen des Halssympathicus. Sie sind namentlich bei jenen Diabetikern zu vermuthen, die zugleich an halbseitigen Kopfschweissen oder an Basedow-Symptomen leiden. Wie andere Nervenkrankheiten vererbt sich Diabetes. Kinder von Diabetikern können diabetisch werden (Fälle von Seeger und Schmitz). In einzelnen

Familien kommt die Krankheit in mehreren Generationen vielfach vor, in anderen herrschen verschiedenartige Nervenkrankheiten als deren Aequivalent auch einmal Diabetes auftreten kann. — Die Erkrankungen nach Schreck, nach tiefem Kummer dürften wohl auch zu den neuropathisch begründeten zu rechnen sein.

Viele Gifte machen vorübergehendes Zuckerharnen (Curare, Morphin, Kohlenoxydgas). Auch besondere Richtungen der Ernährung können Meliturie verursachen. Dahin dürfte die Häufigkeit des Diabetes an Orten zu deuten sein wie in Neapel, wo man vorwiegend vegetabilische Nahrung und viel süsse Früchte geniesst. Dahin gehört wohl auch die Meliturie zuvor sehr fettreicher Personen. Vielleicht hängt auch die von Seegen hervorgehobene Häufigkeit des Diabetes bei Israeliten mit den Besonderheiten der rituellen Ernährungsweise zusammen. Die gewöhnliche Angabe, dass weit mehr Männer als Frauen betroffen werden, trifft erstens nicht überall zu, so nach den übereinstimmenden Angaben von Leubuscher, J. Vogel und mir nicht für einen sehr diabetesreichen Theil von Thüringen, zweitens nicht für das Kindesalter. War das Verhältniss in Griesinger's Zusammenstellung 1 : 3, so kommen bei Külz 59 Mädchen auf 62 Knaben. —

Von den Krankheitszeichen fallen den Betroffenen zuerst auf: vermehrter Durst und Hunger, öfteres Bedürfniss Harn zu entleeren, Incontinenz des Urins, Entkräftung und Abmagerung; freilich auch manchmal Anidrose, Sehstörung, Zahncaries, gastrische Fieberzustände u. s. w. — Das Wesen der Krankheit liegt in der Zuckerbildung, die sicher nicht in der Niere, vielleicht in der Leber erfolgt. Bei seinem Uebertritte aus dem Blute in den Harn entwässert der Zucker das Blut, indem er die Wassermasse des Harnes vermehrt. Daher der Durst und die Verminderung der Absonderungen namentlich des Schweisses, der Mund- und Darmabsonderung, daher die Cataract und Phthise, die vereinzelt auch schon bei Kindern vorkommen. Reichlicher Harn (bei 27 ℔ Körpergewicht ein 6jähriger Knabe Carbutt's täglich 27 ℔ Harn) von hohem specifischem Gewichte ist immer des Diabetes verdächtig. In Seegen's Fällen betrug der Zuckergehalt Anfangs 9,5 und 7,5%, bei Schmitz 5,8, bei Senator 3,8, bei Gelmo 0,8. Von den zahlreichen Zuckerproben halte ich die Bräunung beim Kochen mit Aetzkalilauge, die Reduction von frischbereitetem Kupferoxydhydrat zu Kupferoxydul (Trommer) und die Gährungsprobe für genügend. Andere empfehlen die Reduction alkalischer Indigocarmin-

lösung (Mulder), von Chromsäure, von bas. salpeters. Wismuthoxyd (Böttcher) etc.

Die Harnstoffmenge ist bedeutend vermehrt, harnsauere Sedimente kommen schon wegen der Menge des Lösungsmittels kaum vor; bei marantischen Diabetikern riechen Harn und Athem aromatisch und enthält der Harn einen Stoff (Diacetsäuere), der mit Eisenchlorid sich rothbraun färbt. Die Mundflüssigkeit reagirt ausgesprochen sauer und arrodirt die Zähne, der Athem riecht nach Aepfelschalen oder frischem Brod. Man beachte das zartgemalte, nicht einfach blasse Colorit dieser Kranken, ihre trockene, abschilfernde Haut und die zahlreichen angeschwollenen Lymphdrüsen darunter. Carbunkel und Gangrän scheinen noch nicht vorzukommen. An der Mundschleimhaut und um die Mündung der Urethra setzen sich Pilzmassen an, weissliche Häufchen und Pünktchen darstellend, aus Hefe- und Soor-Pilzen bestehend. An ersterem Orte helfen sie die Zahncaries fördern, an letzterem verursachen sie Jucken, schleimige Absonderung, Excoriationen.

Die Zuckerbildung wird nur theilweise aus den genossenen Kohlenhydraten geleistet, theilweise aus den Albuminaten. Die schwereren Formen des Diabetes zeichnen sich aus durch Andauer der Zuckerbildung auch bei ausschliesslicher Fleischnahrung (Seegen). Die massenhafte Nahrungsaufnahme und chemische Verarbeitung von Nahrungsmitteln im Körper hat keine Erhöhung der Körperwärme zur Folge, sie geschieht mit Hülfe einer geringeren Menge Sauerstoff als sie der Stoffwechsel des Gesunden erfordert (Pettenkofer u. Voit), die Zucker- und Harnstoffausscheidung gehen zeitlich und der Menge nach parallel, man muss annehmen, dass bei der schwereren Form auch die Albuminate auf andere Weise als durch den gewöhnlichen Verbrennungsprozess eine Spaltung mit den Endprodukten Zucker und Harnstoff erfahren.

Der Verlauf ist bei Kindern verhältnissmässig rasch, sowohl wenn er zum Tode als wenn er ausnahmsweise zur Heilung führt. Der tödtliche Ausgang wurde zweimale in 2½ J. erreicht, 9male in einem Jahre oder weniger, darunter 2male in 3 Monaten, 2male in 4 Wochen. Sowohl Zuckerbildung als Wasserverlust pflegen sehr hoch auszufallen, daher der rasche Ablauf. Genesungsfälle sind die beiden von Heine, vielleicht sind auch die von Caron so aufzufassen. Der Tod erfolgte seltener als bei Erwachsenen durch Phthise, einigemale bei vorgeschrittenem Marasmus plötzlich, ohne

dass die Section irgend ein Ergebniss oder doch mehr als etwas vergrösserte Nieren zeigte.

Zur Behandlung empfiehlt sich consequente, mit viel Abwechselung ausgestattete, womöglich geradezu luxuriöse Fleischdiät mit Eiern, Thee, Austern, Rothwein etc. Arme Diabetiker sterben viel früher als reiche, zugleich verständige Patienten. Wiederholte Kuren in Karlsbad oder Neuenahr können den Harn dauernd, oder wiederholt vorübergehend zuckerfrei machen, oder doch den Zuckergehalt mindern. Bei Erwachsenen sah ich mehrfach Heilungen oder doch bedeutende Remissionen nach Gebrauch dieser Heilquellen. In der Zwischenzeit sind am meisten zu empfehlen, ebenso wo der Besuch dieser Bäder nicht erreicht werden kann: grosse Dosen Natron bicarbonicum (Griesinger), Codein (Pavy), Acidum salicylicum (Ebstein) bei Kindern 3male täglich 0,25—1,75, vielleicht auch noch Ferr. sulphur., womit Heine seine zwei Heilungen erzielte. — Eine ganz wesentliche Bereicherung hat die Einsicht in die Vorgänge bei der Zuckerharnruhr und deren Behandlung durch Untersuchungen von O. Schultzen erfahren, aus denen hervorgeht, dass normaler Weise der Zucker der Nahrung sich in Glycerin und Glycerinaldehyd spaltet, bei Diabetikern aber diese Fähigkeit verloren hat und desshalb im Harn erscheint. Setzt man nun Diabetiker auf Fleischdiät, so verhindert man sie in gewissem Maasse Zucker zu entleeren, lässt man sie zudem Glycerin einnehmen, so ermöglicht man, dass dieses die Oxydationsvorgänge unterhält und dadurch das genossene Fleisch wirklich den Geweben zu Gute kommt; d. h. man verhindert die Abmagerung. Wenn dies Verfahren sich bewährt, ist es beim Diabetes der Kinder ganz selbstverständlich zu berücksichtigen.

III.

Krankheiten der Circulationsorgane.

A. Herzkrankheiten.

Zahlreiche leichtere Anomalieen werden häufig beobachtet am Herzen und seiner Umhüllung. Dahin gehören die Trübungen und Verdickungen, welche an umschriebenen Stellen des Perikards, besonders an der Einmündungsstelle der Vena cava inferior, dann an der Spitze des linken Ventrikels, vielleicht an letzterer durch Reibung verursacht (J e n n e r), auch schon im frühen Kindesalter wahrgenommen werden, ferner geringe Anomalieen seines Inhaltes bezüglich der Qualität, namentlich bei gleichzeitigen Lungenkrankheiten, bezüglich der Quantität bei gewissen Inspissationszuständen des Blutes, bei welchen derselbe seine einfache seröse Beschaffenheit verliert und als klebrige, dick albuminöse Flüssigkeit gefunden wird. An der Musculatur finden sich öfter leichtere Grade fettiger Entartung, ausgesprochen durch glänzenderes, mehr braungelbes Aussehen, mikroskopisch durch reichliche Einlagerung feiner Fettkörnchen in die Primitivbündel und zwischen dieselben. Auch myokarditische Processe, besonders mit Ausgang in Suppuration, sind, besonders in metastatischer Weise auftretend, bisweilen jedoch auch ohne nachweisbare Veranlassung entstanden, keineswegs sehr selten. So ernst auch die Bedeutung dieser Processe ist, so sind sie doch bisher der Diagnose unzugänglich geblieben und können desshalb keinen Gegenstand weiterer Besprechung an diesem Orte bilden. Nicht ohne Interesse sind die an den Herzklappen oft auftretenden, jedoch auch an anderen Stellen des Endokards und selbst der Adventitia der grossen Arterien beobachteten, von L u s c h k a zuerst beschriebenen Extravasate und die röthlichen weichen Schwellungen

des Klappengewebes. Sie stellen punctförmige bis höchstens die Grösse einer kleinen Erbse erreichende, ganz nahe der Oberfläche in das Gewebe des Endokards eingebettete, oft in Hügel- oder Halbkugelform prominirende rothe Flecke dar, und werden überaus häufig bei den Sectionen von Kindern aus den ersten Lebenswochen oder Monaten getroffen, namentlich wo solche Kinder in tiefem Marasmus gestorben waren. Anderseits spricht die Wahrnehmung, dass dieselben auch bei ganz jungen Thieren getroffen werden, entschieden dafür, dass sie etwas mehr oder weniger Physiologisches darstellen. — Wie dem sei, sie scheinen, da ihre Spuren an in späterem Alter Verstorbenen nicht wieder getroffen werden, ohne erhebliche Damna remanentia zur Resorption zu gelangen und liefern keine klinischen Zeichen. Auch der neuerliche Versuch von Bouchut diesen Gebilden als Produkten einer Endokarditis vegetans einen Platz in der Pathologie zu verschaffen und ihnen einen bestimmten Symptomencomplex unterzulegen, ist nicht sehr überzeugend ausgefallen.

I. Perikarditis.

C. M. Billard: Traité des maladies des enfants. Ed. II. p. 593.
Rilliet und Barthez éd. II. Bd. I. p. 620.
F. Weber: Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen II. p. 77.
Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge III. p. 110.
H. René Blache: Essai sur les maladies du coeur chez les enfants. Paris 1869. S. 51.

Die Angaben der Schriftsteller darüber, in welchem Alter die Herzbeutelentzündung am Häufigsten sei, differiren zwar sehr, darin stimmen jedoch die meisten überein, dass das Kindesalter wenig von ihr betroffen werde (unter 700 Sectionen 7mal, Billard). Schon die Seltenheit des acuten Gelenkrheumatismus bedingt dieses Verhältniss. Er ist für Erwachsene die häufigste Ursache dieser fast stets secundär auftretenden Krankheit, bei Kindern tritt er so selten auf, dass z. B. bei Lebert nur 5% seiner Fälle in das Kindesalter treffen. Auf Vorkommen im Fötalleben deutet eine Beobachtung von Billard hin: Befund strangförmiger Verwachsungen des Herzbeutels bei einem Kinde von 2 Tagen. Für Neugeborene sind die ergiebigsten Quellen der Perikarditis: septische Infection vom Nabel aus und Tuberculose (F. Weber). Im ersteren Falle kommt sie immer neben Pleuritis vor, im zweiten neben allgemeiner oder Lungentuberculose. Bei etwas älteren Kindern reiht sie sich

an Pneumonie (Virchow), an Pleuritis (2 Fälle bei Ziemssen) oft an, dann an acute Exantheme, besonders Scarlatina; hier muss man die selteneren auf der Höhe der Krankheit auftretenden Fälle, die besonders bei hoch fieberhaftem Verlaufe mit Pneumonie oder Endokarditis zusammen sich finden, trennen von jenen, die als Nachkrankheit bedingt sind durch Scharlach-Rheumatismus oder durch Nierenerkrankung. Die letztgenannte Form beginnt mit reichlichem, flüssigem Transsudate ins Perikard und die entzündlichen Erscheinungen treten erst später hinzu. Auch bei anderen Formen von Morbus Brightii, Tuberculose, Pyämie, Scorbut wird sie getroffen. Herzkranke sind ihr häufig ausgesetzt. Bednar sah sie einige Male kurz nach der Impfung auftreten.

Die Diagnose ist nur insoweit schwer, als es etwa die physikalische Untersuchung ist. Man kann wohl durch Athemnoth, Schmerzhaftigkeit der Herzgegend, spontan oder bei Druck, und ähnliche mehr subjective Zeichen, dann durch Cyanose, irregulären Puls, geringe Harnmenge, Oedeme, auf den Gedanken an diese Erkrankung hingelenkt werden, allein entscheidend sind nur folgende Zeichen: Der Spitzenstoss fehlt oder ist schwach im Vergleiche zum Radialpuls, über ihn reicht die Herzdämpfung nach Links hinaus. Sie beginnt oberhalb der 4. Rippe, an der 3. oder 2. und bildet ein Dreieck, dessen längste Seite am Diaphragma, dessen kürzeste am Rande der rechtsseitigen Herzdämpfung liegt. Die Herzdämpfung wird im Stehen grösser, besonders nach Oben, im Liegen kleiner. Die Herztöne sind schwach, perpendickelartig, der erste von Blasen begleitet, oft ist auch ein schabendes, kratzendes oder weich anstreifendes Reibegeräusch vorhanden. Dieses Geräusch erfolgt häufiger als die Herztöne, erscheint diesen gegenüber unregelmässig und nachschleppend, wird gerade bei Kindern besonders leicht durch Druck mit dem Stethoscop verstärkt und kann bei Lageveränderung erst erscheinen, sich verstärken oder verschwinden. Eines von beiden, das Reibegeräusch oder die dreieckförmig nach oben vergrösserte Herzdämpfung, muss für die Diagnose das Beweisende sein. Da das serös-faserstoffige und das rein eitrige Exsudat am Häufigsten vorkommen, so ist auch auf das Reibegeräusch weniger als auf die Vergrösserung der Herzdämpfung zu rechnen. Das Fieber pflegt, soweit von der Pericarditis abhängig, weder hochgradig noch lange dauernd zu sein. Bei Kindern überwiegen die gemischten oder eitrigen, reichlich Flüssigkeit absondernden Formen. Roger hat bei einem 12jährigen Mädchen 780 Grm. durch Punction entleert. Sam-

melt sich reichlich Flüssigkeit an, so wird die Herzgegend vorgewölbt, der Spitzenstoss unfühlbar, der Radialpuls klein und verworren, die Haut blass und livid und ödematös.

Die Prognose ist ungünstig, weil meist zuvor schon schwere Erkrankungen bestanden, zu denen die Perikarditis erst hinzutritt. Man hört die Diagnose der Perikarditis häufiger am Leichentische als am Krankenbette. Günstige Aussichten auf vollständige Heilung oder Heilung mit rückständigen Verdickungen oder Verwachsungen gewährt die rheumatische Perikarditis, wenigstens bedingt günstige die von Morbus Brightii, acuten Exanthemen, Pneumonie herrührende. Vollständige Verwachsung des Herzbeutels beobachteten einmal Rilliet und Barthez. Einige andere Fälle finden sich bei Blache gesammelt. Die Diagnose würde auch bei Kindern auf systolische Einziehung an der Stelle der Herzspitze oder in grösserer Ausdehnung, auf Mangel der Verschiebbarkeit der Herzdämpfung bei Seitenlage und tiefem Athmen sich gründen und etwa noch durch Verdoppelung des ersten Herztones und diastolisches rasches Einsinken der Jugularvenen gestützt werden können. — Unter den Complicationen ist besonders Endo- und Myokarditis zu erwähnen, erstere bei acuten Rheumatismen ganz gewöhnlich, letztere z. B. in einem Falle von Sydow anzunehmen, wo ein 8jähriges Mädchen plötzlich starb und die Section mehrfache Verwachsungen der Perikardialblätter ergab und Ruptur des linken Ventrikels.

Die Behandlung wird zu führen sein durch Anordnung absoluter Körperruhe im Bette, durch kalte Umschläge oder Eisblase auf die Herzgegend, Digitalis, abführende und diuretische Salze innerlich, Jodsalbe, nöthigenfalls hautröthende und ableitende Mittel äusserlich. Bei gleichzeitigen Zuständen von Herzschwäche wird öfter Wein indicirt sein.

Der öftere Befund von Herzthromben als Todesursache pericarditiskranker Kinder mahnt zu grosser Vorsicht im Digitalisgebrauch. Oertliche Blutentziehungen dürften nur bei sehr kräftigen vollsaftigen Kindern mit acuter Perikarditis zu rechtfertigen und auch da nur als örtliche und selten nützlich sein. Die besten Erfolge werden bei Anwendung der Eisblase, salinischen Diuretica und soweit nöthig des Weines erzielt. Hie und da wird die Resorption grösserer Flüssigkeitsergüsse durch eine oder zwei Calomeldosen in Gang gebracht. Bei chronisch gewordenem flüssigem Exsudat können auch Schwitzbäder sich sehr nützlich erweisen.

II. Endokarditis und Klappenfehler.

Lambl: Aus dem Franz-Joseph-Kinderspitale in Prag I. p. 139.
C. Gerhardt: Ueber Herzfehler bei Kindern. Deutsche Klinik 1856. Nr. 11.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berlin 1868. p. 239.

Klappenkrankheiten des Herzens kommen häufig als angeborene vor und betreffen dann überwiegend die rechtsseitigen Klappen und unter diesen mehr die arteriellen als die venösen. Fötale Endokarditis betrifft wie die später auftretende mit Vorliebe die der stärksten Spannung ausgesetzten Klappen. Rauchfuss fand in der Literatur 192 rechtsseitige, 10 linksseitige Fälle fötaler Endokarditis und beobachtete selbst von ersteren 25, von letzteren 10. Auch die Endokarditis des Kindesalters greift dann auf der rechten Seite des Herzens Platz, wenn Defecte in den Scheidewänden oder Offenbleiben des arteriellen Ganges rechtsseitige Klappen unter ungewöhnlich starken Druck versetzen. Abgesehen von diesem besonderen Verhältniss ist die Endokarditis der linksseitigen Klappen, und zwar ganz speciell der Mitralis, als Regel anzusehen.

Das früheste Kindesalter weist einzelne, doch nur seltene endokarditische Erkrankungen auf, nach der zweiten Dentition und namentlich gegen die Pubertätsjahre hin werden dieselben häufiger. Primäre Endokarditis ist verhältnissmässig häufig. Legitime acute Gelenkrheumatismen kommen nicht so oft als bei Erwachsenen vor, bringen jedoch in höherer Procentzahl Endokarditis mit sich. Subacute Gelenkrheumatismen und verwandte Krankheiten (Torticollis) finden sich öfter, namentlich auch rheumatoide Affectionen, von acuten Intoxicationen und Infectionen abhängig. Von den hochfebrilen Erkrankungen sind es namentlich Pneumonie, Pyämie, Scarlatina und die übrigen acuten Exantheme, viel weniger die Typhen, die Endokarditis mit sich bringen. Sodann kommen noch einige eitrige ulceröse Processe in Betracht, so manche Diphtheriten, Periostiten, auch Fälle von Lungenphthise. Auch Syphilis, namentlich in ihren ulcerösen und cachektischen Formen spielt schon eine Rolle. Einmal haben wir während heftiger Intermittensanfälle Endokarditis sich entwickeln sehen. Bestehende Klappenfehler und fötale Missbildungen disponiren stark zu frischer Endokarditis. Verhältnissmässig häufig stösst man im Kindesalter auf ausgebildete Klappenerkrankungen, ohne dass eine dieser Krankheiten Ursache gewesen sein konnte. Eine vollständig latent verlaufende chronische Endo-

karditis erzeugt so im Herumgehen Klappenfehler von schwerer Bedeutung. Hier scheint mehr als bei den zuvor besprochenen secundären Endokarditen der Klappenapparat der Aorta betroffen zu werden. Immerhin bleibt aber ein ganz entschiedenes Ueberwiegen der Mitralklappenfehler über die der Aorta erkennbar, das in dem vollständigen Fehlen des Atheroms seinen Grund hat, das die Aortenfehler älterer Leute hauptsächlich erzeugt. Man findet wohl ziemlich häufig bei den Sectionen des späteren Kindesalters punktförmige, verfettete Stellen über den Klappen an der Aortenwand vor, aber sie betreffen nie die Klappen selbst und sind ohne jede Bedeutung für die Function der Theile.

In Betreff der Symptome sei hier erwähnt, dass der normale Stand des Herzstosses bei Kindern bis zum 8. Jahr etwas ausserhalb der Papillarlinie sich findet, nicht wie bei Erwachsenen innerhalb derselben. Dem entsprechend ist die Herzdämpfung relativ grösser als bei Erwachsenen, ihre Höhe beträgt die halbe Länge des Brustbeins, ihre grösste Breite noch etwas mehr. Es stimmt dies einigermassen damit überein, dass, wie Rilliet und Barthez fanden, das Herz schon mit 15 Monaten diejenige Grösse erlangt hat, die es dann bis zu $5\frac{1}{2}$ Jahren beibehält, um erst von da an wieder zu wachsen. Hauptsächlich der linke Ventrikel verursacht die Grösse des Herzens in diesem Alter. Sein bedeutender Umfang steht aber im Verhältniss zu derjenigen normalen, leichten Einschnürung, die die Aorta an ihrem Isthmus zeigt. Accidentelle Geräusche sind im Kindesalter ausserordentlich selten, sie fehlen nicht ganz, wie West behauptet, ich habe sie einige Male bei fieberhaften Zuständen ganz vorübergehend angetroffen, aber sie sind doch ungleich seltener als bei Erwachsenen. Bisweilen erscheint ein von Jugend auf in Folge von Klappenfehlern oder angeborenen Anomalieen stark hypertrophisches Herz nach einer Reihe von Jahren kleiner im Verhältniss zu den äusseren Theilen der Brust, als es früher war. Ich besitze ausführliche Aufzeichnungen über solche Fälle und glaube, dass dieser Wachsthumshemmung des hypertrophischen Herzens eine günstige Bedeutung nicht abzusprechen sei. Anderseits haben angeborene oder sehr früh erworbene Stenosen der Vorhofsmündungen viel bedeutendere Atrophie der betreffenden Ventrikel zur Folge, als sie je bei Erwachsenen zu Stande kommt. Der diastolische Druck der kindlichen Radialarterie ist zu schwach gegenüber der Feder unseres Sphygmographen, um den Katatrikrotismus deutlich erkennen zu lassen. Dass derselbe gänzlich fehle,

wie Blache angibt, kann ich, selbst wenn ich bis zu zweijährigen Kindern herunter gehe, nicht finden.

Endokarditis äussert sich vorwiegend durch Athemnoth, Erscheinungen von Anämie, bisweilen durch Schmerzen in der Herzgegend und Palpitationen, sie tritt verhältnissmässig selten in ulceröser, durch schwere Allgemeinerscheinungen ausgezeichneter Form auf. Man ist daher bei ihrer Erkennung vorzüglich angewiesen auf die Zeichen desjenigen Klappenfehlers, den sie verursacht; auf die genaue Verfolgung der Ausdehnung der Herzdämpfung und des Verhaltens der Klappengeräusche, deren Wechsel auf eine fortschreitende Ursache der Erkrankung hinweist, endlich auf die Wirkung embolischer Acte, die an die meist productive Endokarditis der Kinder sich häufig anreihen und diagnostisch um so werthvoller sind, weil im Kindesalter sehr selten Gerinnungen in den Lungenvenen und Herzhöhlen das Material dazu liefern. Die Symptome der Klappenfehler sind keineswegs andere als bei Erwachsenen, es gehört nur zu ihrer Aufnahme mehr Geschick und Uebung. Athemnoth, Cyanose und Wassersucht, Vergrösserung der Leber, Verminderung der Harnmenge verhalten sich zu den Klappenfehlern in gewöhnlicher Weise. Eine besondere Folgekrankheit stellt die Chorea minor dar, die bei Herzkranken durch capillare Hirnembolieen bewirkt werden kann. Anstatt von rheumatischer Chorea zu sprechen, sollte man lieber endokarditische Chorea sagen.

Prognostisch sind die Klappenfehler des Kindesalters nicht ungünstig, insofern viele derselben, im Laufe des Körperwachsthums genügend compensirt, in das spätere Alter mit hinübergenommen werden. Wenn überhaupt die Compensation zu Stande kommt, kann man längere Dauer erwarten. Auch für die Therapie ist die Unterscheidung compensirter Klappenfehler von Wichtigkeit. Es ist gut, wenn sie dies sind und so lange sie dies sind, sich möglichst therapeutischer Eingriffe zu enthalten. Man kann sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass compensirte Klappenfehler bei einiger körperlicher Anstrengung länger einen friedlichen, ziemlich beschwerdefreien Verlauf machen, als bei völliger Schonung und Körperruhe. Eine in der Kindheit erworbene Insufficienz der Aortenklappen sah ich bei einem Zimmermannslehrling zu einer solchen Heilung gedeihen, wie sie Jacksch durch Ausdehnung der von Erkrankung freigebliebenen Klappentheile erklärt. Aehnliche Heilungen sind mir mehrfach gerade bei Personen, die eine anstrengende Lebensweise führten, bekannt geworden. Nach einigem Bestehen

eines Klappenfehlers scheint die Vollständigkeit der Compensation durch einige Anstrengung der Muskeln gefördert zu werden. Treten später Zeichen ungenügender Compensation auf, so ist oft allein schon durch wochenlanges Ruhigliegen die Compensation für einige Zeit wieder zu gewinnen. Tritt Herzklopfen auf mit Erscheinungen ungenügender, unregelmässiger Herzcontraction, so mag alsbald die Anwendung kalter Umschläge auf die Herzgegend und Digitalis innerlich versucht werden. Für die entsprechende Wirkung des letzteren, sämmtliche Herznerven, vorzüglich den Vagus, reizenden Mittels gibt ausser dem Langsamwerden und Regelmässigwerden der Herzschläge die Steigerung der täglichen Harnmenge einen guten Massstab ab. Digitalis ist vorzüglich bei Atrophie und ungenügender Füllung des linken Ventrikels indicirt. Wo sie versagt, können bisweilen Squilla, Kalisalze, Oxalsäure noch wirksam an ihre Stelle treten. Besonders Combinationen von Digitalis und Scilla sind in neuerer Zeit sehr beliebt. Bei blutarmen Herzkranken sind Eisenmittel unbedenklich anzuwenden, namentlich im Kindesalter ist Veranlassung dazu häufig geboten. Bei wassersüchtigen Herzkranken sind zunächst die erwähnten, den Blutdruck steigernden Mittel zu versuchen, sodann pflanzensaure Alkalien, die auf dem Wege der Alkalescenz den Harn reichlicher machen, endlich noch Schwitzbäder und die chirurgische Entleerung der Flüssigkeit, bei Ascites und Hydrothorax durch die Punction, bei Anasarka durch die Scarifikation. Es ist auffallend, wie oft nach letztgenannten Eingriffen ein Zustand sich herstellt, in dem die Herzdämpfung wieder kleiner wird und die gewöhnlichen Diuretica wieder genügend wirksam sind. Zu Blutentziehungen wegen drohenden Lungenödems und zu starker Venenüberfüllung hat man selten Veranlassung. Bei noch fortdauernder Endokarditis habe ich mit Vorliebe und mit gutem Erfolg von täglichen Einathmungen kohlensauren Natrons Gebrauch gemacht. Wo irgend der Verdacht frischer Entzündung an den Klappen besteht, ist die grösste körperliche Ruhe nothwendig, ebenso das Fernhalten aller psychischen Aufregung, um nicht die Anspannung und Reibung der Klappen zu steigern und embolisches Material von demselben loszureisen.

III. Persistenz des Foramen ovale.

Lücken im Septum atriorum.

H. Wallmann: Ueber das Offenbleiben des For. ovale cordis bei Erwachsenen. Prag. Vierteljahrsch. Bd. 82. p. 20.

B. S. Schultze: Virchow's Archiv Bd. XXII. p. 219.
Peacock: p. 106 und 114. u. Transactions of the path. Soc. of Lond. Apr. 60.
Foster: Ueber das offene Foramen ovale mit Cyanose und systolischem Herzgeräusch. Dubl. quart. journ. XXXVI. Schmidt's Jahrb. CXXIII. p. 44.
C. Hüter: Grosse Communication zwischen beiden Vorhöfen unter dem verschlossenen Foramen ovale. Tod im 65. Lebensjahre. Virch. Archiv Bd. XXX. p. 587.
Duroziez: Offenes Foramen ovale ohne Cyanose und ohne Circulationsstörung. Gaz. des hôp. 1863. 7. Schmidt's Jahrb. CXVIII. p. 296.
Reisch: Ein Fall von Offensein des Foramen ovale mit Rücksicht auf Diagnostik. Wien. med. Wochenbl. 1862. Schmidt. Jahrb. CXVIII. p. 32.
J. Arnold: Ein Beitrag zu der normalen und pathologischen Entwickelungsgeschichte der Vorhofsscheidewand des Herzens. Virch. Arch. LI. S. 220.
C. v. Rokitansky: Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien 1875.
Kolbmann: Foramen ovale apertum. Diss. Würzb. 1878.

Von Rokitansky werden die Defecte des Septum atriorum in zwei Reihen getheilt: 1) solche des primären Septum's, die zwar einen verschieden grossen Theil der Scheidewand betreffen können, aber jedenfalls den untersten mit betreffen müssen. Es handelt sich darum, ob das Septum atriorum bei seinem Herabwachsen das Septum ventriculorum resp. den Klappenring erreichte. 2) Defecte des secundären Septum's. Sie betreffen ausschliesslich den membranösen Theil der Scheidewand. —

Die Schliessung des eirunden Loches erfolgt in den nächsten Tagen nach der Geburt unter dem Einflusse der Athmung. Durch die Anfüllung des linken Vorhofes mit Blut, und zwar in der Zeiteinheit mit einer gleichen Menge Blutes wie die dem rechten Vorhofe zugeführte, gestalten sich die Druckverhältnisse beiderseits gleich, die Blutströmung durch das Foramen hört auf, und es treten nun die besonders von Peacock genau beschriebenen Veränderungen des Randes und der Klappe ein, welche den Verschluss anbahnen. Das Loch selbst wird kleiner, seine Schenkel nähern sich einander, die Klappe verlängert sich und überragt mit ihrem Rande das Loch und legt sich an. Das Offenbleiben des Loches kann in Defecten dieses Schliessungsapparates begründet sein oder in dem Ausbleiben der Vorbedingungen dieser Schliessungsvorgänge. Was den ersteren Fall betrifft, so kann das Loch von Hause aus zu gross sein oder die Klappe zu klein, oder diese durchlöchert, als Foge der zweiten Art sieht man unvollständiges Bedecktsein des Loches durch die Klappe oder unvollständige Anlöthung dieser, so dass ein Schlitz übrig bleibt, der, durch die Klappe lose verdeckt, unter ihr in den

linken Vorhof hineinführt. — Die Bedingungen für die Verschliessung des For. ovale werden nicht erfüllt, wenn wegen Atelektase der Lungen, Pneumonie in den ersten Tagen oder wegen Verengerung eines rechtseitigen Ostiums genügender Blutzufluss zum linken Vorhofe von den Lungenvenen aus nicht zu Stande kommt, und dadurch für das im rechten Vorhofe sich ansammelnde Blut fortwährend das Ueberströmen durch das For. ovale möglich bleibt. Bestehen Bedingungen für ein abnorm starkes Strömen durch das Foramen ovale schon während eines Theiles der Fötalzeit (z. B. Atresie des Ost. arter. oder venos. dextr.), so bleibt das Loch auffallend weit, manchmal fingerweit offen.

Die Persistenz des For. ovale findet sich nach den auf 800 Fälle bezüglichen Aufzeichnungen von Wallmann und Klob in 44% der Sectionen vor. Weit seltener finden sich als Hemmungsbildung aus der frühesten Zeit des Fötallebens Lücken von rundlicher Form im unteren Theile des Septums, die bis in das Septum ventriculorum herabreichen können (Wallmann). Sie können mit oder ohne Persistenz des eirunden Loches vorkommen. Unter den drei analogen Formen: Persistenz des Ductus Botalli, Lücke im Septum ventriculorum und Persistenz des Foramen ovale ist die letztere häufigste offenbar auch die günstigste. Die ernste Bedeutung der beiden anderen liegt in dem Druckunterschiede beider Ventrikel, für die Vorhöfe stellt sich das anders. Während der ungleich längeren Vorhofsdiastole fliesst unter geringem Drucke Blut durch einen schlaffen dünnwandigen Sack, während der kurzen Systole ist der Druck, den diese liefert, überhaupt gering, wenn ungleich, dann nur wenig links stärker. Daher kommt es, dass Duroziez eine Reihe von Fällen sammeln konnte, in denen bei weit offenem Foramen ovale die Grössenverhältnisse des Herzens völlig normale waren, selbst noch bei einer 72jährigen Frau. Sehr exacte Beobachtungen zeigen, dass diese vorher gleichgültige Bildungshemmung, sobald im linken Vorhofe eine gesteigerte Spannung des Blutes stattfindet, zum Ueberfliessen des Blutes nach dem rechten Vorhofe und zur Rückstauung in die Körpervenen führt. Weite Lücken im Septum atriorum begünstigen die Entstehung endokarditischer Veränderungen an den Vorhofsklappen.

Tritt zu offenem For. ovale Mitralinsufficienz hinzu, so entsteht Venenpuls (Reisch). Der entgegengesetzte Fall, Steigerung des Blutdruckes im rechten Vorhofe tritt gewiss häufiger ein: bei Tricuspidalfehlern, Pulmonalklappenfehlern, Beschränkung des Quer-

schnittes der Pulmonalcapillarbahn (Atelektase, Emphysem, Cirrhose, Pneumonie etc.); er bedingt das Ueberströmen von Blut aus dem rechten in den linken Vorhof. Strangförmige Gerinnsel, die sich aus einem Vorhofe in den anderen erstreckten, wurden öfter bei Sectionen gefunden; sie beweisen, dass mindestens in der Agonie ein solches Ueberströmen stattgefunden habe. Auch endokarditische Wucherungen am Rande der Valvula foraminis ovalis sprechen nicht ganz selten dafür, dass dieser Rand durch überströmendes Blut in Spannung versetzt worden war. Für den Verlauf einer Pneumonie kann eine Minderung der Fluxion zur gesunden Lunge durch das Ueberströmen von Blut aus dem rechten zum linken Vorhofe bewirkt werden. Noch directer kann bei einem Emphysemkranken die Cyanose und die arterielle Anämie durch den gleichen Vorgang vermindert werden. Man könnte daher nicht allein für acute Krankheiten (Braune), sondern auch für chronische, freilich nur soweit sie mit Stauung des Blutes im rechten Herzen verbunden sind, eine Milderung des Verlaufes durch das offen stehende Foramen ovale annehmen. Dies könnte sich jedoch nur auf das mechanische Verhältniss der Blutvertheilung beziehen. Wenn man sieht, wie die durch Offenstehen fötaler Wege besser compensirten Formen von Lungenarterienstenose gerade eine kürzere Lebensdauer aufzuweisen haben, als die mit völligem Verschlusse derselben einhergehenden, so wird man die auf die besagte Art gewonnene Berichtigung der formellen Blutvertheilung ihrem Nutzen nach gering anschlagen gegenüber der Störung in den chemischen Functionen, die dabei zu Stande kommen müssen. Denn wenn Blut aus dem rechten Vorhof in den linken überfliesst, so wird die ohnehin schon durch die Ursache dieses Ueberfliessens gesetzte Behinderung in der Arterialisation des Blutes dadurch noch gesteigert.

In diagnostischer Beziehung ist unstreitig die wichtigste Frage die, ob durch das Offenstehen des eirunden Loches ein Geräusch erzeugt werden könne. Danach fragt sich, in welchem Zeitmoment der Herzthätigkeit dasselbe zum Vorschein kommt, und unter welchen besonderen Bedingungen es gehört wird oder verschwindet. Eine Menge der in der Literatur beschriebenen Fälle lässt sich nicht zur Lösung dieser Fragen verwenden, weil gleichzeitig andere angeborene oder erworbene Fehler am Herzen vorhanden waren. Lässt man diese hinweg, so bleibt zunächst eine grosse Zahl von Beobachtungen, in welchen bei weit offenem Foramen ovale die Herztöne entweder rein gehört wurden, oder bezüglich ihrer Beschaffenheit nicht näher

erwähnt werden. Diesen stehen einige wenige, aber offenbar sehr genaue Angaben gegenüber, denen zufolge Veränderungen der Töne oder Geräusche wahrgenommen wurden. Vielleicht der bemerkenswertheste Fall ist der von Foster veröffentlichte. Bei zwei blausüchtigen Kindern derselben Eltern fand man links in der Gegend des 3. und 4. Rippenknorpels ein systolisches Geräusch, das mit dem Wechsel der Körperstellung sehr an Intensität zu- und abnahm. Bei dem einen, einem vierjährigen Knaben, wurde das Geräusch in der ganzen Herzgegend gehört, in der Spitzengegend jedoch nicht. Die Herzdämpfung war etwas nach rechts vergrössert. Er starb an Bronchitis. Die Section zeigte das Herz von normaler Grösse und Form, auch alle Theile desselben normal beschaffen, nur das Foramen ovale auf Federkielweite offen und die Eustachische Klappe, wie man dies auch sonst bei dieser Bildungshemmung beobachtet hat, sehr stark entwickelt. Foster nimmt an, dass die weite Eustachische Klappe das Geräusch verursacht habe. Da der Kranke einen fassförmigen Thorax hatte und an Bronchitis litt, muss die Cyanose von Emphysem und Catarrh abgeleitet werden. Das Geräusch jedoch wird wenigstens in einen mittelbaren Zusammenhang mit dem offen gebliebenen Loche gebracht werden müssen. Während des Fötallebens entsteht durch die Blutströmung durch das eirunde Loch kein Geräusch, ebenso wenig während der ersten Tage des Extra-Uterinlebens (Schnitzler), auch beim Erwachsenen wohl nur unter ganz besonderen Umständen. So finde ich in einem von Hüter veröffentlichten Fall, den Jos. Meyer sehr genau untersuchte, Anfangs nur einen rauhen ersten Ton bei der Herzspitze, später bei aufgeregter Herzthätigkeit geräuschartigen, zweiactigen zweiten Ton und rauhen ersten Ton erwähnt. Hier war neben einer weiten Lücke in der Vorhofscheidewand unter dem For. ovale der Klappenapparat des Ostium venosum sin. so erkrankt, dass daraus die vorhandene Veränderung der Töne sehr wohl erklärt werden konnte. Ebenso ist in einem Falle der hiesigen Klinik, den Kolbmann beschrieb, die Veränderung an beiden Vorhofsklappen weit eher als Ursache des in späterer Zeit aufgetretenen systolischen Geräusches an der Spitze zu betrachten, als das offene Foramen ovale. Bedenkt man noch, wie oft bedeutende Mitralstenosen kein Geräusch liefern, auch wenn die Ränder des Ostiums sehr rauh sind, so wird der Schluss immer sicherer, dass die meisten Fälle von Offenstehen des eirunden Loches ebenfalls geräuschlos verlaufen, und dass es ganz besonderer Bedingungen bedarf, um wie in dem Foster'schen

Falle ein systolisches an der Herzbasis hörbares Geräusch zu erzeugen. Zu diesen besonderen Verhältnissen gehören vielleicht Pneumonie und solche Erkrankungen, die eine acute Stauung im rechten Herzen verursachen. Entsteht ein Geräusch, so wird es überwiegend der Diastole der Vorhöfe entsprechen, also systolisch sein (B. S. Schultze).

Nach allem Gesagten muss der fragliche Zustand bis jetzt für beinahe nicht diagnosticirbar gelten. Nur dürften Fälle, in denen mässige Veränderungen an den Athmungsorganen sich mit auffallend starker Cyanose verbinden, wozu erst später ein Geräusch am Herzen hinzutritt, einigermassen verdächtig sein auf Offenstehen des Foramen ovale zu beruhen. Unter solchen Umständen scheint eine genaue Untersuchung des Verhaltens der Geräusche bei verschiedenen Körperlagen sehr wünschenswerth.

Dieser Zustand gestattet eine lange Dauer des Lebens, bis zum 60., 70. Jahre und darüber, verschlimmert jedoch die Prognose anderweit vorhandener Herzfehler, weil er das Ueberhandnehmen venöser Beschaffenheit des Blutes begünstigt. In prophylaktischer Beziehung lässt sich nur erwähnen, dass durch sorgfältige Behandlung primärer Atelektase ein Grund der Hemmung des Verschlusses beseitigt werden kann. Die Therapie ist diejenige der Klappenfehler. Die Athemnoth wird durch Körperruhe sehr gemindert, starke Cyanose indicirt örtliche oder allgemeine Blutentziehungen, zeitweise scheint Digitalis von guter Wirkung zu sein.

IV. Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.

Almagro: Etude clinique et anat.-path. sur la persistance du canal arteriel. Par. 1862.
Schnitzler: Wiener Med. Halle 1864. Nr. 10.
Gerhardt: Jen. Zeitschrift f. Med. u. Naturw. Bd. III. p. 105.
Th. Peacock: in Transactions of the path. Soc. of London. Nov. 61.
A. Wrany: Der Ductus art. Bot. in seinen physiol. u. pathol. Verhältnissen. Oestr. Jahrb. f. Paediatrik 1871. 1.

Der Kanal, welcher während des Embryonallebens Blut, das nach der Fötallunge keinen Weg findet, nach der Aorta hinüber ableitet, beginnt, sobald die Athmung in Gang kommt und den grössten Theil der Alveolen und der in ihren Wandungen enthaltenen Lungengefässe entfaltet, sich zu verschliessen. Bei einem 14 Tage alten Kinde ist seine Oeffnung an beiden Enden noch ziemlich weit, in der Mitte kaum mehr für eine gewöhnliche Stecknadel

durchgängig. Gegen Ende des dritten Monates pflegt der Verschliessungsvorgang beendet zu sein. Er kommt zum Verschluss dadurch, dass die Spannung des Blutes in der Pulmonalarterie vermindert wird, sobald es einen freien und leichten Abfluss durch die Lunge findet; ferner dadurch, dass gleichzeitig eine Wucherung, Verdickung und Schrumpfung seiner Wand, vorzüglich von den spindelförmigen Faserzellen der Tunica media aus eingeleitet wird. Normaler Weise concurriren weder Blutgerinnung noch Exsudation bei diesem Vorgange. Bisweilen erfolgt derselbe unvollständig, so dass der Gang zeitlebens für eine dünne Sonde durchgängig bleibt oder so, dass er im Uebrigen verschlossen, am Aortenende, also an der Seite des stärkeren Druckes noch eine kleine kegelförmige Lichtung zeigt, oder die Involution erfolgt zögernd, so dass sie erst gegen Ende des dritten Jahres vollendet ist. Von klinischer Bedeutung sind jene Fälle, in welchen der Gang seine ursprüngliche Weite beibehält oder selbst noch grössere Dimensionen gewinnt. Man muss annehmen, dass Lungenkrankheiten, die die Wegsamkeit der Pulmonalcapillaren beeinträchtigten, vor Allem atelektatische Zustände in diesen Fällen dem Verschliessungsvorgange entgegenwirkten. Möglicherweise spielen auch anomale Zustände seiner Wand hierbei mit. Der persistente Ductus bietet viererlei Formen dar. Er ist von gleichmässiger Weite, nach der Aortenseite hin trichterförmig erweitert, aneurysmatisch erweitert, oder endlich aufs Aeusserste verkürzt, so dass Aorta und Pulmonalarterie nur durch eine Lücke ihrer Wände, die am Rande derselben in einander übergehen, verbunden zu sein scheinen.

Das Offenbleiben des Ganges macht in den ersten Lebenstagen, wo es physiologischerweise vorkommt und den bestehenden Blutdruckverhältnissen vollständig entspricht, keinerlei Erscheinungen. Aber schon bei einem Kinde von 1¼ Jahren hat es Herzhypertrophie mit allen ihren Zeichen verursacht (F. Weber). Dies ist auch weiterhin die nothwendige Folge. Die Pulmonalarterie wird durch diese Verbindung unter Aortendruck gestellt, durch den erweiterten Gang mit Blut überfluthet, dadurch selbst erweitert und zur Verdickung und atheromatösen Erkrankung ihrer Wände gebracht. Auch ihre Aeste werden erweitert und die Lungen mit Blut überfüllt. In dem Maasse, in dem die Spannung des Blutes in der Pulmonalarterie steigt, muss der rechte Ventrikel hypertrophisch werden, um dasselbe fortzubewegen. Je mehr die Lungenarterie mit Blut überfüllt ist, um so weniger Blut kann der rechte Ventrikel in sie ent-

leeren, daher eine Dilatation des Ventrikels, die sich rückwärts nach dem rechten Vorhofe und den Körpervenen fortpflanzt.

Die Symptome entwickeln sich einige Monate oder auch erst einige Jahre nach der Geburt. Stärkeres Klopfen des Herzens, leichte Cyanose, Athemnoth, Neigung zu Lungenkatarrhen machen sich bemerklich. Die Extremitäten erkalten leicht, Blutungen aus Nase oder Mund, später Bluthusten treten gerne ein. Brustbeschwerden, Stickanfälle und wassersüchtige Anschwellungen gesellen sich zur Zeit der Pubertät hinzu, wenn nicht zuvor schon die Kranken zufälligen Uebeln, denen sie nur geringere Widerstandskraft entgegensetzen konnten, erlegen waren (von 14 Fällen starben 5 vor dem 10. Jahre). Doch wurde in 4 Fällen das 40ste Lebensjahr überschritten, 1mal (Reid) das 60ste erreicht. Bei der Untersuchung der Brust findet man den Spitzenstoss mässig verstärkt und weit verbreitet, die Herzdämpfung in die Breite und nach rechts vergrössert, ausserdem mit einem schmalen Fortsatze längs des linken Brustbeinrandes bis gegen die zweite Rippe hinauf verlängert. In dieser Gegend, die öfter auch etwas vorgewölbt ist, fühlt man die Pulsation der erweiterten Pulmonalarterie meistens von systolischem Schwirren begleitet. Selbst bei einem 4monatlichen Kinde wurde dieses schon beobachtet (Sanders). Bei der Auscultation hört man am Ursprung der Pulmonalarterie und ausserdem verschieden weit in der Herzgegend noch verbreitet ein systolisches, blasendes Geräusch, bald kurz, bald bis in die Diastole ausgedehnt. Der zweite Pulmonalton wird verstärkt und an der Brustwand fühlbar. Bei Kranken, die das Kindesalter schon überschritten haben, können noch andere Geräusche hinzukommen, da bei diesen sehr oft secundäre Endokarditis, namentlich an der Aorta sich einstellt. Das Geräusch, das übrigens nicht ganz constant ist, wird durch die Ueberanspannung der Pulmonalarterienhäute und durch das Hereinbrechen eines stärkeren Blutstromes aus dem engeren in das weitere Gefäss erzeugt. Es leitet sich schwach in die linke Karotis und in die Brustaorta fort, der Körperarterienpuls ist klein wegen Ableitung des Blutes in die Pulmonalarterie. Die Venen sind stark mit Blut gefüllt. Bei der aneurysmatischen Form des Ductus kann Störung der Stimme, wahrscheinlich Fistelstimme, durch Zerrung des N. recurrens bewirkt werden.

Die Behandlung kann eine prophylaktische sein, insofern man durch baldige Beseitigung der angeborenen Atelektase den Hauptgrund für das Offenbleiben des Ganges zu entfernen sucht. Später-

hin ist sie diejenige der Klappenfehler, die, wie z. B. die Mitralinsufficienz, Rückstauung des Blutes in den kleinen Kreislauf und die Körpervenen bewirken.

Die Unterscheidung von dem Aneurysma der Pulmonalarterie gründet sich auf das jugendliche Alter der Kranken und die eng begrenzte Dämpfung der Pulmonalarterie und ihre geringe Pulsation. Diejenige von Pulmonalstenose auf die geringere Cyanose, die vorhandene Pulsation und Percussionsdämpfung der Pulmonalarterie und etwa noch die Fortleitung des Geräusches in die linke Karotis. Ziemlich gleichwertig mit Persistenz des Ductus ist der Befund einer einfachen lückenartigen Communikation zwischen Aorta und Art. pulmonalis kurz oberhalb der Klappen. Mir sind nur zwei Fälle derart bekannt, die ich der Seltenheit halber kurz anführe:

1) Herz eines 5 Monate alten Mädchens in Guy's Hospital-Museum. Kurz oberhalb der Klappen halblinsengrosse, runde Lücke mit zugeschärften Rändern. Bei Lebzeiten rauhes Geräusch in der Herzgegend.

2) Fräntzel (Virch. Arch. Bd. XLIII.) 25jähr. Dienstmädchen, Oedeme, systolisches Geräusch an der Spitze, diastolisches an den grossen Gefässen, dazwischen systolisches und diastolisches Geräusch, letzteres von sehr wechselnder Stärke. Section: 1/4" über den Klappen 12 Mm. grosse, kreisrunde Oeffnung zwischen Aorta und Art. pulmonalis, die nur einen linken Ast bildet, während der rechte aus dem Arcus aortae kommt.

V. Communication der Herzventrikel.

Th. B. Peacock: On malformation of the human heart. Ed. II. p. 30 und 120.

H. Reinhard: Zur anatomischen und pathologischen Kenntniss der dünnen Stelle in der Herzscheidewand. Virch. Arch. Bd. XII. p. 129.

H. Bamberger: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. Wien 1857. p. 379.

J. Skoda: Abhandlung über Auscultation und Percussion. Ed. VI. p. 318.

Gerhardt: Congenitale Anomalieen des Herzens. Deutsche Klinik 1858. Nr. 10.

C. Tüngel: Ein Fall von congenitaler zweifacher Perforation der Herzscheidewand; Tod durch Endokarditis und Embolie. Virch. Arch. Bd. 30. p. 267.

Smith: Schmidt's Jahrb. Bd. 111. p. 154.

Heschl: Ibid. Bd. 115. p. 180.

Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. II. p. 147.

G. Merkel: Zur Casuistik der fötalen Herzerkrankungen. Virch. Archiv. Bd. XLVIII. S. 488.

O. Müller: Communikation der Herzventrikel. Virch. Arch. Bd. 65.

C. v. Rokitansky: Die Defecte der Scheidewände des Herzens. Wien 75.

Das Mangeln, Offenstehen oder Durchbohrtsein der Kammerscheidewand findet sich 1) durch Myorkarditis im Extra-Uterinleben entstanden, 2) mit angeborener Verengeruug der Pulmoralarterie combinirt, 3) ohne sonstige Missbildungen angeboren als einfachste und (nächst der Durchgängigkeit des Foramen ovale) häufigste Hemmungsmissbildung. Die letzte Arbeit C. v. Rokitansky's hat die Lücken der Kammerscheidewand in eine Anzahl besonderer Formen getheilt. Insbesondere diejenigen, die dem oberen Theile der Kammerscheidewand angehören betreffen 1) das hintere Septum d. h. den hinter der membranösen Stelle gelegenen Theil, 2) den vorderen Theil des vorderen Septum's, d. h. den zum Muskelfleische des Conus arteriosus pulmonalis gehörigen, vor der membranösen Parthie gelegenen Theil oder 3) den hinteren Theil des vorderen Septum's, d. h. den vom Muskelfleische des linken Ventrikels gebildeten, die Aorta von vorne und rechts her umgreifenden Theil des Septum's, welcher gleichfalls vor der membranösen Stelle liegt. — Letztere sollen die häufigsten sein, erstere die umfänglichsten dieser Defecte. Die gewöhnliche Annahme, derzufolge vorwiegend das Septum membranosum diesen Lücken zum Sitze diente, wird von R. völlig abgewiesen. Doch tritt bereits Rauchfuss dafür ein, dass solche Lücken der häutigen Stelle wenigstens als vorkommend gelten gelassen werden sollen. Während man die Oeffnungen in der Herzscheidewand, die sich neben Stenose der Pulmonalarterie finden als Folge dieses Fehlers aufzufassen pflegte, nimmt Rokitansky an, dass die Verengerung der Pulmonalarterie aus einem fehlerhaften Vorgange bei der Theilung des Truncus arteriosus communis abzuleiten sei und dass die Lücke im Septum durch die fehlerhafte Stellung der Aorta bedingt sei. Die Defecte im hinteren Theil des Septum's sind fast ausnahmslos mit Spaltung des Aortenzipfels der Bicuspidalklappe verknüpft. Bisweilen fehlt die ganze Kammerscheidewand, oder das Loch ist doch ein sehr umfängliches, oder es wird an einer ungewöhnlichen Stelle, vielleicht nahe der Spitze gefunden. Es kann so gelagert sein, dass es aus einem Ventrikel in den anderen Vorhof führt, oder dass es alle 4 Herzhöhlen verbindet (Thibert). In dem Falle von Heschl führt ein Kanal von 1" unter den Aortenklappen bis nahe zur Spitze des rechten Ventrikels, ein Beispiel von Communication der Ventrikel durch stark vertiefte, einander zufällig begegnende Trabecularlücken. Hie und da kommen mehrere Oeffnungen vor, oder die eine vorhandene steht so am Rande der membranösen Stelle, dass sie nicht

in den Sinus-, sondern in den Conustheil des rechten Ventrikels führt.

Das Herz ist bei diesem Defect meist vergrössert, besonders das rechte Ventrikel hypertrophisch und dilatirt, bisweilen ist zugleich noch ein Defect im Septum atriorum vorhanden, oder das Foramen ovale unverschlossen. Auffallend oft kommen bei jenen Personen, die ein höheres Alter erreichten, ja schon vom 4. Jahre an Klappenfehler zugleich vor.

Wenn für irgend einen Bildungsfehler am Herzen, ist es für diesen gültig, dass die Masse der vorliegenden anatomischen Beobachtungen für die klinische Geschichte fast nutzlos ist, dass selbst die meisten Krankengeschichten, welche darüber vorliegen, wegen Mangels einer genauen physikalischen Untersuchung unbrauchbar sind. Man muss sich in der Beziehung an die einfachen Fälle des frühen Kindesalters, welche noch keine Klappenfehler beigemengt enthalten, an die Fälle halten, die schon bei Lebzeiten den Verdacht einer Herzkrankheit erregten und darauf hin genau untersucht wurden. Im Fötalleben werden diese Defecte gut und ohne Störung ertragen, sie theilen sich mit dem Ductus Botalli in dessen Function, können dieselbe fast ganz übernehmen oder vertreten, wo er wie in dem Falle von Smith fehlt. Im Extra-Uterinleben verhindern sie in gewissem Grade je nach ihrem Umfange das normale Uebergewicht des linken Ventrikels an Muskelmasse, indem sie den rechten hypertrophisch erhalten. Die Form der Oeffnung deutet darauf hin und die Vertheilung der Kräfte erfordert, dass nun aus dem linken Ventrikel Blut in den rechten entweicht und in dem Maasse, in dem die Lücke des Septums umfangreich, ist die Arbeitsleistung des rechten Ventrikels vergrössert, daher dessen Hypertrophie. Es liegt, wenn ich so sagen darf, eine Insufficienz der Mitralklappe vor, die den kleinen Kreislauf auf einem näheren Wege umgeht. Die Druckbelastung der Mitralklappe und der Arterienwände erleidet eine Verminderung, die der Tricuspidalklappe und der Lungenarterie eine Vermehrung. Man findet desshalb öfter die Accentuirung des 2. Pulmonaltones angegeben, bald in geringerem, bald in höherem Grade die Ueberfüllung der Körpervenen. Diese kann bald nach der Geburt bis zur völligen Cyanose sich steigern. Der Einwand, dass bei offenem Septum eine Vermischung des arteriellen und venösen Blutes nicht entstehe (Friedreich), ist unrichtig und zugleich bedeutungslos, denn durch die Ueberfüllung der Venen allein entsteht die Cyanose. Factisch ist diese Frage durch unzweideutige

Beobachtungen, z. B. von B e d n a r, entschieden. Die blaue Färbung der Haut in Folge der Venenerweiterung entsteht spät, langsam und erreicht keine hohen Grade. Sie fehlt manchmal oder tritt erst auf, wenn nachträglich Klappenfehler entstehen. Diese betreffen gewöhnlich die Tricuspidalis, bisweilen auch die Mitralklappe. Sie entstehen durch den gesteigerten Druck, den diese Klappen auszuhalten haben. Anfängliche Verbildung, z. B. Ausmündung des Loches in das Gewebe der Tricuspidalis oder Anheftung eines Zipfels der Mitralis am Rande des Loches können die Klappenfehler mit begründen helfen. Tricuspidalfehler oder Defecte finden sich erwähnt in den Beobachtungen von B e d n a r, H e s c h l und T ü n g l, auch in dem wahrscheinlich hierher gehörigen Falle von R e i n h a r d t, solche der Mitralis bei B e d n a r und bei H e s c h l. — In den von Klappenfehlern freien Fällen findet man bald reine oder in ihrer Helligkeit wenig abweichende Töne (B e d n a r), oder ein systolisches an der Herzspitze am Lautesten hörbares G e r ä u s c h (Fälle bei P e a c o c k p. 31 und in meiner erwähnten Abhandlung). Man findet die Ansicht von S k o d a bestätigt, dass je weiter die Lücke des Septums, um so weniger Grund zur Entstehung eines Geräusches gegeben sei. Bei enger Communicationsöffnung entsteht das Geräusch jenseits der Enge beim Eintreten des Blutstromes in einen weiteren Gefässabschnitt. Die Zeichen der Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels — Vergrösserung der Herzdämpfung in die Quere, Verstärkung und Ausbreitung des Spitzenstosses — werden, je länger der Kranke lebt, um so mehr sich geltend machen, ebenso die Kurzathmigkeit und das Herzklopfen. Von 10 Fällen, die ich gesammelt habe, starb die Hälfte im 1. Jahre, zwei erreichten 18, einer 23, einer 39 Jahre. Viele, die früh sterben, sind noch mit anderweiten Hemmungsbildungen behaftet (Spalt des Zwerchfells, Meningocele, Atrophie eines Ohres (B e d n a r), von den späterliegenden finde ich als Todesursache Klappenkrankheiten oder Embolie (T ü n g e l, H e s c h l) oder Tuberculose (P e a c o c k) angegeben. Für die Diagnose werden sich verwerthen lassen: Das öftere Zusammentreffen mit anderen Hemmungsbildungen, die geringe allmählig sich entwickelnde Cyanose, das öftere Hinzutreten von Tricuspidalinsufficenz, das systolische Geräusch an der Herzspitze; sie wird dadurch in manchen Fällen möglich sein. Die Prognose ist ungünstig, ein hohes Lebensalter steht nicht in Aussicht, die grössten Gefahren werden in der frühesten Kindheit schon überwunden, später treten die gewöhnlichen Beschwerden der Klappen-

kranken ein. Bei der Behandlung muss man von anstrengenden Berufsarten, von Aufregung, schwerer Arbeit abmahnen; der Kranke von Heschl starb an Zerreissung der Sehnenfäden eines linken Papillarmuskels, die von Tüngel an Embolie. Bei Dyspnöe oder Herzklopfen empfiehlt sich zeitweises Tragen von kalten Umschlägen in der Herzgegend, der Gebrauch von Digitalis oder Aqu. lauro-cerasi, von Kalisalzen namentlich solchen, die zugleich diuretisch wirken (Kali acet., citric., nitric., carbon.).

VI. Angeborene Verengerung des Lungenarterienursprunges.

Stenosis ostii arteriosi dextri congenita.

Th. B. Peacock: On malformations of the human heart. Ed. II. Lond. 1866. p. 33.

H. Föhr (Griesinger): Ueber Stenose der Arteria pulmonalis. Dissert. Tübingen 1859.

H. Meyer: Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. Virch. Arch. Bd. XII. p. 497.

C. Stölker: Ueber angeborene Stenose der Arteria pulmonalis. Dissert. Bern 1864.

Kussmaul: Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. Berichte über d. Verhandl. d. naturf. Gesellsch. in Freiburg i. B. Bd. III.

C. Heine: Angeborene Atresie des Ostium arteriosum dextrum. Dissert. Tübingen 1861.

Unter sämmtlichen angeborenen Herzfehlern am Häufigsten kommt die Verengerung der Lungenarterie vor. Sie beträgt nämlich über $^3/_5$ der Fälle dieser Art. Dadurch, dass die damit Behafteten etwas länger als manche Andere ihr Leben zu fristen vermögen, wächst doch die Häufigkeit dieses Fehlers mit den Jahren, so dass von den Personen mit angeborenen Herzfehlern, welche das 12. Jahr überleben, bereits über $^4/_5$ gerade diese Form aufzuweisen haben.

Der anatomische Befund ist ein sehr verschiedener. Das Herz im Ganzen ist vergrössert und mehr quer gelagert. Es besitzt eine rundliche oder stumpf kegelförmige Gestalt. Bei vollständiger Atresie der Lungenarterie, ohne abnorme Verbindung zwischen den Herzhöhlen, ist die rechte Kammer bis aufs Aeusserste verkümmert, so dass ihre Lichtung nur noch eine Erbse oder Linse zu fassen vermag. In fast allen übrigen Fällen ist das rechte Herz vergrössert und bildet mit seinem Ventrikel die Spitze. Die Verengerung der Lungenarterienbahn betrifft entweder die Lungenarterie

selbst oder ihren Conus. Ist es die Lungenarterie, so kann das Ostium allein Sitz der Verengerung oder Verschliessung sein, oder der ganze Stamm der Arterie ist gleichmässig verengt oder auch die Aeste sind mit verengt, und es sind dies Fälle, in denen zugleich der Ductus arteriosus fehlt. Der Conus arteriosus dexter findet sich bald an seiner Basis in Gestalt eines sog. überzähligen Ventrikels abgeschnürt, oder er ist in ganzer Ausdehnung, oder nur an seiner Spitze unmittelbar unter dem Ostium verengt. Die meisten Conusstenosen sind durch Myokarditis bedingt, deren Schwielen sich noch im Herzfleisch nachweisen lassen; seltener sind es an der Basis oder an der Spitze vorragende Muskelwülste, die die Conus-Verengerung bilden. Für die Verengerung der Arterie hat man hie und da Endarteriitis oder mangelhafte Entwicklung desjenigen Kiemenbogens, aus dem der Ductus Botalli sich herausbildet, als Ursache aufstellen können, für viele Fälle jedoch liegt fötale Endokarditis der Klappen zu Grunde, namentlich finden sich diese häufig in Ringform oder zu zweien verschmolzen. Viele dieser Fälle sind schon vor Beginn des dritten Monates des Fötallebens angelegt, dann findet das wegen Enge der Lungenarterie in der rechten Kammer zurückgehaltene Blut einen Ausweg durch das noch nicht vollständig verschlossene Septum ventriculorum nach links hin. Die Kammerscheidewand bleibt dann für immer ungeschlossen; die bald grössere, bald kleinere Lücke nimmt die gerade unter den Aortenklappen gelegene Stelle, nach Rokitansky den hinteren Theil des vorderen Septum's ein. In diesem Fall ist zugleich die Ursprungsstelle der Aorta so verschoben, dass sie auf der Lücke der Scheidewand reitet, wenn sie nicht ganz aus dem rechten Ventrikel hervorgeht und ihr Blut mindestens theilweise aus diesem empfängt. In der Regel steht auch das eirunde Loch offen, aus dem gleichen Grunde, weil es bei Beengung der Lungenarterienbahn als Ausweg des Blutes nach Links hinüber dient, und weil der starke durchpassirende Blutstrom seiner Schliessung ein Hinderniss entgegensetzt. Ferner bleibt in fast der Hälfte der Fälle der arteriöse Gang offen und dient, im Gegensatze zu seiner ursprünglichen Bestimmung, zur Speisung des Lungenarteriengebietes mit dem ihm auf dem normalen Wege nicht oder nicht genügend zukommenden Blute. Dem gleichen Zweck der Zufuhr von Blut zu dem Lungenarteriengebiete dienen auch noch Erweiterungen der Bronchialarterien, bisweilen der A. oesophageae und der A. coronaria cord. ant. Bei völligem Verschlusse der Pulmonalarterie und Verschlossensein der

Fötalwege ist der rechte Ventrikel zumeist atropisch, in den übrigen Fällen dagegen erweitert und verdickt. Der im Voranstehenden festgehaltenen Annahme von dem entzündlichen Ursprunge der meisten Pulmonalstenosen stellte Rokitansky die Auffassung entgegen, dass Anomalieen beim Theilungsvorgange der Truncus arteriosus communis die Verengerung der Lungenarterie bewirken, dass die Entzündungserscheinungen an den Klappen der Lungenarterie nachträglich entstanden seien und dass die gleichzeitige fehlerhafte Stellung der Aorta die Lücke im Septum, die sich meist mit vorfindet, verschulde. — Die etwas verwegene Erklärung durch Endokarditis im 2. Fötalmonate (vor Schluss des Septum's) werden viele nicht ungerne aufgeben.

Die verschiedenen Grade des Verschlusses und der Verengerung der Lungenarterie, sodann das Offenstehen oder Verschlossensein der Scheidewände und des arteriösen Ganges bedingen eine sehr mannigfache Gestaltung der Symptome. Das Auffälligste derselben ist die Blausucht. Ist sie angeboren oder bald nach der Geburt entstanden, so liegt schon darin ein starker Grund, diesen Herzfehler zu vermuthen, da er unter den Gründen angeborener Blausucht der Häufigkeit und der Stärke seiner Wirkung nach obenan steht. Manche dieser Kinder kommen scheintodt und ungewöhnlich dunkelblau zur Welt, bei andern entwickelt sich sehr bald nach der Geburt das blaue Aussehen, die Respiration bleibt oberflächlich und schwach, mitunter treten Erstickungsanfälle und bei Gelegenheit dieser Krampfanfälle ein. Bei Einigen hat man erst nach einigen Jahren, nach Gemüthserregungen, oder bei besserer Ernährung, oder nach Körperanstrengung die Cyanose auftreten sehen. Beim Weinen und in der Kälte steigert sich die dunkle Färbung der Haut auffällig. Die Ernährung bleibt dürftig und die Hauttemperatur ist häufig subnormal. Wo der Tod nicht frühzeitig durch Erschöpfung oder durch Erstickung erfolgt, macht sich später eine auffällige Muskelschwäche geltend. Symptome von Hirnanämie, wie Ohnmacht, Schwindel und Kopfschmerz treten auf. Manchmal ist auch die geistige Entwicklung gehemmt. Neigung zu Blutungen wird einige Male angegeben; die Krankheit scheint auch in den Bluterfamilien und bei den Kindern von Herzkranken etwas häufiger vorzukommen als sonst.

Die Brustuntersuchung zeigt die Herzgegend stärker gewölbt, den Spitzenstoos ausgebreitet, nicht besonders verstärkt, die Herzdämpfung vergrössert, am Meisten in die Breite,

unverhältnissmässig stark rechts vom Brustbein. Bei der Auscultation hört man in den meisten Fällen ein *systolisches Geräusch in der Herzgegend verbreitet*, *das am 2. und 3. linken Rippenknorpel am Stärksten wahrgenommen wird* und sich auch durch tastbares *Schwirren* in dieser Gegend als hier entstanden zu erkennen gibt. Seltener fehlt das Geräusch oder ist es doppelt. Es leitet sich in die Halsgefässe nicht oder schwach fort. Das Geräusch ist leicht zu erklären, wo die Lungenarterie verengt ist, und verwachsene Klappen als eine Art Diaphragma in dieselbe vorragen, besonders wo noch dazu die verengte Pulmonalarterie rauhe Wände hat; es ist dagegen schwer zu begreifen, wo das Gefäss vollständig verschlossen ist. In diesem Falle ist man darauf hingewiesen, das Ueberströmen des Blutes durch eine Lücke des Septum ventriculorum in die Aorta, oder, was wahrscheinlicher ist, das Strömen des Blutes aus der Aorta durch den Duct. Bot. in die Pulmonalarterie als Quelle des Geräusches zu betrachten. Für die übrigen Fälle ist es unklar, ob und wieviel die Strömung des Blutes durch die Fötalöffnungen zur Entstehung des Geräusches beiträgt. Dieses letztere ist gewöhnlich rauh blasend, bisweilen raspelnd oder feilend. Ein gleichzeitiges diastolisches Geräusch wies in manchen Fällen auf Insufficienz, also wohl Verkümmerung der Pulmonalklappen hin. Verstärkter Klappenschluss der Pulmonalarterie deutet auf Offenstehen des Botallischen Ganges bei Sitz der Stenose am Conus oder mindestens auf noch tönungsfähige Beschaffenheit der Klappen hin.

Sind einmal die Stickanfälle der ersten Tage überwunden, hat sich die Blutzufuhr zu den Lungen geregelt und die Thätigkeit des linken Ventrikels genügend entwickelt, so tritt ein verschieden langer Zeitraum ein, während dessen die Kranken zwar cyanotisch sind, aber keine bedeutende Ueberfüllung der grossen Venen zeigen, leicht frieren und an den entfernteren Theilen erkalten, sich mässig gut ernähren und wenigstens zu leichteren Beschäftigungen befähigt bleiben. Die Körperwärme hat man bald normal, bald unter der Norm getroffen. Die letzteren Messungen werden in Zukunft nur dann als beweisend betrachtet werden dürfen, wenn sie im Mastdarm oder der Scheide gemacht worden sind. Wie bei Cholerakranken, so findet man auch bei Blausüchtigen zuweilen in der Achselhöhle die Temperatur unter 37° C., während sie im Rectum darüber steigt. Der Radialpuls ist bei solchen Kranken zwar klein und weich, doch zeigt unter anderem das Maass der Harnabsonde-

rung, dass der arterielle Druck genügend ist. In dieser Weise compensirt kann der Klappenfehler lange Zeit bestehen, selbst bis über das 50. Jahr hinaus. Im Kindesalter erliegen jedoch Viele dieser Kranken wegen der geringeren Widerstandsfähigkeit gegen acute Erkrankungen, namentlich acute Exantheme und Lungenentzündungen. Ist dies nicht der Fall, so kommt früher oder später eine Zeit, in der ihr Klappenfehler nicht mehr compensirt ist, die Spannung des Blutes in den Arterien und Venen nicht mehr genügend verschieden ist und dadurch der tödtliche Ausgang herbeigeführt wird. Fälle mit offenem Septum ventriculorum würden, könnte man sie erkennen, eine schlechtere Prognose geben, als die mit geschlosssenem. Die Lebensdauer ist bei letzteren im Durchschnitt länger (Peacock).

Die Krankheit kann verwechselt werden mit angeborener Verengerung der Aorta oder des Einganges in den rechten Ventrikel, mit erworbener Verengerung der Lungenarterie, mit Offenstehen der Septa oder des arteriellen Ganges. Nur wo die Cyanose angeboren oder in der frühesten Zeit des Lebens entstanden war ($^4/_7$ der Fälle), und wo das Geräusch unzweideutig in der Gegend des Lungenarteriensprungs am Stärksten ist, kann man sie mit ziemlicher Sicherheit annehmen. Auch da wird sie mit complicirteren angeborenen Herzfehlern oft eine täuschende Aehnlichkeit darbieten. Für die Behandlung ist wenig zu thun. In der frühesten Zeit könnte man Sauerstoffeinathmungen oder solche von comprimirter Luft der Gefahr der Stickanfälle entgegensetzen; später müssen solche Kinder vor der Infection von acuten Krankheiten, vor Erkältungen und Katarrhen und vor jeder Anstrengung sorgfältig behütet werden. Nur da, wo starkes Schreien der Kinder, Schmerz in der Herzgegend, unregelmässiger Puls, Wechsel in dem Verhalten des Geräusches auf fortlaufende Entzündungsprocesse am Endokard oder Myokard hindeutet, wird die Anwendung der Kälte auf die Herzgegend und von Digitalis innerlich angezeigt sein. Wenn man zu solchen Fehlern verhältnissmässig oft Tuberculose der Lunge hinzutreten sah, so ist dies hauptsächlich aus der verminderten Blutzufuhr zur Lunge vielleicht noch nebenbei zu erklären durch capillare Embolie von Producten fortdauernder Endokarditis der Pulmonalklappen; auch dieses liesse sich also in gewissem Maasse bekämpfen.

VII. Angeborene Tricuspidalstenose.

D. G. Schipmann: Ueber angeborene Stenose oder Atresie des Ostium atrioventriculare dextrum. Diss. Jen. 1869.

Nächst den angeborenen Fehlern der Pulmonalarterie sind diese am Häufigsten. In der Dissertation von Schipmann finden sich 23 Fälle zusammengestellt. Davon betreffen 14 vollständigen Verschluss des Ostiums, 8 bedeutende Verengerungen desselben, einer ist ungenau beschrieben. Die Gründe dieser Anomalie sind zu suchen in excessiver Entwickelung von Muskelsubstanz an Stelle der Tricuspidalklappe oder in fötaler Endokarditis dieser Klappe. Dementsprechend fand man in einzelnen Fällen ein glattes musculöses Septum zwischen Vorhof und Ventrikel, in anderen Fällen ein membranöses, hervorgegangen aus Resten der Klappe und behaftet mit allerlei Residuen von Entzündungsproducten. In dem Maass, in dem das Ostium verengt ist, findet sich der Sinustheil des rechten Ventrikels verkümmert, selbst so, dass die ganze Höhe desselben nur noch die Grösse einer Mandel besass. Bei gleichzeitigem Verschluss des Ostium venosum und arteriosum des rechten Ventrikels verkümmert dieser ganz, und seine Höhle kann auf die Grösse einer Linse herabsinken. Bei vollständigem Verschluss des Ostium venosum ist stets die Kammerscheidewand mit einer Lücke behaftet, gewöhnlich an der Hauschka'schen Stelle in Folge von mangelhafter Entwickelung, seltener in Folge nachträglicher Perforation. Zugleich ist fast immer das Foramen ovale offen. Das Blut strömt dann aus den Hohlvenen durch den sehr weiten rechten Vorhof, durch das eirunde Loch in den linken Vorhof, von hier aus mit Lungenvenenblut gemischt durch die linke Kammer und nun theils in die Aorta, theils durch die Lücke der Kammerscheidewand in den rechten Ventrikel, aus diesem in die Pulmonalarterie. In dem einen Falle gleichzeitigen Verschlusses der Lungenarterie (Hervieux) fehlte die Lücke in der Ventrikelscheidewand, dagegen war der Botallische Gang weit offen geblieben, und die Blutbahn führte daher aus den Hohlvenen durch rechten Vorhof, eirundes Loch, linken Vorhof, linken Ventrikel, Aorta. Hier spaltete sich ein Theil derselben ab und ging durch den Botalli'schen Gang in die wegsam gebliebenen Aeste der Lungenarterie. Einmal war die Kammerscheidewand unvollständig, aber das For. ovale geschlossen. Dafür führte ein Gang aus dem rechten Vorhof in den linken Ventrikel.

Das auffälligste Krankheitszeichen war die bei der Geburt schon vorhandene oder in den nächsten Tagen sich entwickelnde blaue Färbung der Haut; beschleunigtes Athmen bestand gleichfalls von Anfang an. Später kamen Stickanfälle, Katarrhe, wassersüchtige Anschwellungen, Blutspeien häufig hinzu. Die Herzdämpfung ist

in solchen Fällen vergrössert, der Spitzenstoss nach Aussen und Unten gerückt. Meist ist die Herzdämpfung nicht nach Rechts ausgedehnt. Bei der Auscultation hört man überall ein systolisches Geräusch, am Stärksten am unteren Theil des Brustbeins oder an dessen linkem Rande. In einigen Fällen (Hiffe, Henriette und Hervieux) bestand gar kein Geräusch, in anderen (Romberg), wo die das Ostium verengende Klappe zugleich schlussunfähig war, fand man ein doppeltes Geräusch und zugleich Venenpuls am Halse. Die Unterscheidung dieses Fehlers von Pulmonalstenose beruht hauptsächlich auf dem Mangel rechtsseitiger Herzdämpfung und der grössten Stärke des Geräusches in der Gegend des 4. und 5. linken Rippenknorpels. Die meisten damit behafteten Kinder sterben sehr früh, manchmal schon nach einigen Stunden, meistens nach mehreren Monaten oder Jahren. Der von Ebstein beschriebene Fall erreichte das Alter von 19, und ein anderer von Burdach jenes von 27 Jahren.

VIII. Angeborene Aortenstenose.

C. Rokitansky: Lehrbuch der patholog. Anatomie. 3. Aufl. II. p. 339.
Peacock: Loc. cit. p. 93.
Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge III. p. 150.
Bardeleben: Virch. Arch. III. p. 305.
Rauchfuss: Petersb. med. Zeitschrift 1866. X. Heft 3. Cit. in Cannst. Jahresb. 1866. II. p. 70.
W. Müller: Jen. Zeitschrift V. 2. p. 184.
Lebert: Virchow's Archiv Bd. IV. p. 327.
Duchek: Herzkrankheiten p. 264.
Bamberger: Herzkrankheiten p. 446.
A. Geigel: Ruptur der Aorta. Würzb. med. Zeitschrift II. p. 107.

Wir betrachten hier 1) die angeborene Enge und den angeborenen Verschluss des Ursprunges der Aorta, 2) die angeborene Enge des Aortensystemes, 3) die Verschliessung und Verengerung der Aorta in der Gegend der Einmündung des Duc. art. Botalli. Angeborene Verengerung der Aorta thoracia descendens und der A. abdominalis ist nur in so vereinzelten Fällen beobachtet (Schlesinger, Power), dass sich nichts Allgemeineres darüber aussagen lässt.

Die angeborene Verschliessung oder hochgradige Verengerung des linken arteriellen Ostium's hat in neuester Zeit an Rauchfuss einen trefflichen Monographen gefunden, dessen ausführlicher Bearbeitung die nachstehenden kurzen

Angaben entnommen sind. Unter 33 bekannten Fällen war bei 24 das Septum geschlossen, bei 9 in verschiedener Ausdehnung lückenhaft. Unter den 24 mit vollkommen gebildeter Kammerscheidewand fehlte bei 3 der linke Ventrikel gänzlich, von den übrigen hatten die meisten auffallend kleinen linken Ventrikel, mit manchmal sogar verdickten Wänden, fast alle mit ausgeprägten und verbreiteten Erscheinungen von Endokarditis der Wand und der linksseitigen Klappen. Von diesen Herzen mit geschlossenem Septum hatten ³/₄ völligen Verschluss des Aortenostium's, alle entzündliche Veränderungen in der Klappengegend. Rauchfuss betrachtet diese 24 Fälle als entstanden durch fötale Endokarditis, dabei die Grösse des linken Ventrikels als Index für den Zeitpunkt, wann im Fötalleben diese Endokarditis stattgehabt habe. In den übrigen 9 Fällen war ein Defect des hinteren Theiles des vorderen Septum's vorhanden, oder es mangelte der grössere Theil der Kammerscheidewand. R. fasst diese Fälle als Ergebniss eines Entwickelungsfehlers (nicht fötaler Endokarditis) auf nämlich anomaler Anlage des Septum trunci arteriosi, das zu weit nach hinten rechts gelagert mit dem Kammerseptum nicht die normalen Beziehungen eingeht.

Die angeborene Verschliessung oder hochgradige Verengerung des Ostium aorticum behindert den fötalen Kreislauf wenig, die Kinder werden meist ausgetragen, sterben jedoch bald nach der Geburt. Die Hälfte stirbt in der ersten Lebenswoche, nur ¹/₈ überlebte die zweite Woche, einer die dritte. Mit der Geburt beginnt der Todeskampf. Die Lunge wird mit Blut überfüllt, die Körperoberfläche wird cyanotisch, Blutungen wurden mehrfach beobachtet. Am Herzen ergab wenigstens die Auscultation keine anomalen Erscheinungen.

Wo die Aorta verschlossen ist, geht das Lungenvenenblut durch das Foramen ovale, das noch erweitert wird, beziehungsweise durch die Lücke des Sept. ventriculorum nach rechts hinüber mit dem Körpervenenblut gemeinsam durch die Lungenarterie. Dann geht von diesem gemischten Blutstrom ein Theil durch den Ductus arteriosus Botalli nach dem Aortensystem hinüber. —

Hauptsächlich durch Rokitansky's Beschreibung ist ein Zustand bekannt geworden, bei dem von frühester Jugend auf die Aorta und ihre Hauptäste in ganzer Ausdehnung eng und dünnwandig sind. Die Aorta hat oft nur den Umfang einer Iliaca oder Karotis, das linke Herz ist hypertrophisch, namentlich der Ventrikel dickwandig. Dieser Zustand soll oft mit Kleinheit des ganzen Körpers und Unentwickeltheit

der Genitalien zusammen vorkommen. Er ist dadurch gefährlich und praktisch wichtig, dass er leicht zur Bildung dissecirender Aneurysmen oder zur vollständigen Berstung grösserer Arterienstämme führt. Die Zeichen der Hypertrophie des linken Ventrikels bei kleinem, weichem Arterienpuls oder ein der Stenose des Ost. art. sin. entsprechendes Geräusch können die Diagnose ermöglichen. Normen der Behandlung gibt es bis jetzt nicht, man wird sich dieselben theoretisch construiren müssen.

Die häufigst beobachtete Form (etwa 55 Fälle) früh entstandener Verengerung der Aorta ist die an der Einmündungsstelle des arteriösen Ganges. Sie beruht auf einem Stehenbleiben desjenigen Verbindungsstückes auf seiner ursprünglichen Enge, das in einer frühen Periode des Fötallebens die Verbindung herstellt zwischen der nur für die obere Körperhälfte bestimmten Aorta und der aus der Lungenarterie hervorgehenden Aorta descendens. Bleibt dieser Isthmus aortae eng, so zeigt er gewöhnlich noch eine besonders enge eingeknickte Stelle da, wo der geschrumpfte Ductus arteriosus sich ansetzt. Man hat auch darauf hingewiesen, dass sich die besondere, die spätere Schrumpfung bedingende Wandbeschaffenheit des Duct. arter. anomaler Weise auch am nächstliegenden Stück der Aorta vorfinden und so die Verengerung bewirken könne. Unter den Betroffenen sind weit mehr Männer als Weiber. Die Aorta ist bald nur verengt, bald an der Einmündungsstelle, bald etwas oberhalb oder unterhalb derselben verschlossen. Man findet zugleich die Arterien für die obere Körperhälfte auffallend weit, den linken Ventrikel erweitert und hypertrophisch, die Arterien für die untere Körperhälfte von der Erkrankungsstelle an auffallend eng, zwischen beiden ein weites und reichliches System von Collateralbahnen eröffnet. Diese letzteren entstehen namentlich durch Erweiterung der Art. mammaria int. und der von ihr ausgehenden Art. intercost. anter., der Art. intacost. supr., dorsalis und transversa scapulae, subscapularis, Art. thorac. ext., die Blut nach der Art. epigast. sup. und den Art. intercost. post. führen.

Dieser Zustand ist bestimmt erkennbar. Die Arterien der oberen Körperhälfte sind stark gefüllt und so erweitert, wie sie auch bei anderen Hypertrophien des linken Ventrikels getroffen werden; ihr Puls ist gross und voll. Die Arterien der unteren Körperhälfte dagegen sind, die Aorta abdominalis mit inbegriffen, schwer zu tasten und schwach pulsirend. Dieser Contrast zwischen der Grösse des Pulses am Arm und am Bein ist am Meisten bezeichnend. Bam-

berger konnte sogar die vordere Fläche der Wirbelsäule einmal deutlich fühlen, ohne den Puls der Aorta auffinden zu können. Am Thorax sieht und fühlt man zahlreiche, nahe unter der Haut verlaufende, geschlängelte Arterien, die lebhaft pulsiren. Besonders in der Interscapulargegend finden sich solche vor, dann an der vorderen Fläche der Brust und in der Schultergegend. An diesen erweiterten Arterien fühlt man und über denselben hört man ein systolisches blasendes Geräusch. Es findet sich besonders in dem Bezirke der A. mammaria interna längs der beiden Ränder des Brustbeines vor. Die Herztöne selbst sind rein.

Dieser krankhafte Zustand verträgt sich mit einer langen Dauer des Lebens. Die Hypertrophie des linken Ventrikels und die Eröffnung von Collateralen compensirt den vorhandenen Fehler sehr vollständig. — Lebert erwähnt einen Fall, der das Alter von 92 Jahren erreichte, über 50 sind mehrere hinausgekommen. Die meisten dieser Kranken sterben an den gewöhnlichen Beschwerden der Herzkranken, unter denen Rückstauung, Wassersucht, Athemnoth die Hauptrolle spielen. Diese Erscheinungen treten ein, wenn die Arbeitsleistung des linken Ventrikels nicht mehr zur Bewältigung des Hindernisses genügt. Bei anderen erfolgt durch Berstung eines vor der verengten Stelle gelegenen Abschnittes des Gefässsystems plötzlicher Tod unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die subjectiven Beschwerden dieser Kranken fehlen in manchen Fällen ganz, sind gering oder treten erst spät ein. Wo mangelhafte Compensation die gewöhnlichen Qualen der Herzkranken verursacht, lässt sich durch die Verabfolgung der Digitalis, der Squilla und anderer den Herzdruck und die Diurese steigernder Mittel zeitweise Erleichterung schaffen.

B. Blutgefässkrankheiten.

IX. Angioma, Gefässgeschwulst.

a) Angioma arteriale sacciforme. Aneurysma.

E. Crisp: Von den Krankheiten und Verletzungen der Blutgefässe. Berl. 1848. p. 176 u. f.

Schmidt's Jahrb. CXXV. p. 243. Roger L'Union 1864. p. 23. Ibid. CCCCV. p. 297.

Griesinger: Arch. d. Heilkunde III. p. 560 u. 565 Anm.

H. Lebert: Ueber Aneurysmen der Hirnarterien. Berl. klin. Wochensch. 1866.

C. Rauchfuss: Zur Casuistik der Hirn-Embolieen. St. Petersb. med. Wochenschrift 1878. nr. 7.

Arterienaneurysmen gehören im Kindesalter zu den grössten Seltenheiten. Crisp zählt deren unter 551 Fällen nur 3 auf. J. A. Lidell dagegen erwähnt, dass in New-York unter 243 Aneurysmen-Todesfällen auf das Alter von 2—5 J. 7, von 5—10 J. 1, von 10—15 J. 2 treffen, also auf das Kindesalter 10. Da das Atherom in diesem Alter noch nicht vorkommt, muss man wohl annehmen, dass die meisten Aneurysmen bei Kindern traumatischer, einige embolischer Natur seien. Dies lässt sich z. B. für ein Aneur. arter. cerebr. arterior. bei Crisp nachweisen. Ausserdem sind mir noch vier Fälle von Hirnarterienaneurysmen bekannt, der eine von Kingston betrifft einen 15jährigen Knaben, der andere bei Lebert erwähnt einen 14jährigen. In beiden war die Art. basilar. Sitz der Krankheit. Broadbent sah die Carotis int. bei einem 13j. Knaben aneurysmatisch; endlich die Beobachtung von Rauchfuss bezieht sich auf ein embolisches Aneurysma der art. cerebr. media. Roger hat ein Aneurysma aort. adscend. von einem 10jährigen Knaben beschrieben, und eines Aneurysm. A. abdom. (Bullet. de Therapeutique 1836) gedacht. Im Bartholomew's Hospital in London wird das Herz eines 9jährigen Knaben aufbewahrt wegen dreier bis haselnussgrosser Aneurysmen der Kranzarterien.

Als Anhang zu den ächten Gefässgeschwülsten sei erwähnt: ein Aneurysma coni aortici in parte membranacea septiventriculorum, das Lambl (Aus dem Fr.-J.-K.-Spital in Prag p. 110) von einem 10wöchentlichen Kinde beschreibt und das von Geigel bei einem 14jährigen Knaben beobachtete Aneurysma dissecans aortae (Würzb. med. Zeitschr. II., p. 107).

b) Angioma arteriale racemosum.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste III. p. 474.

C. Heine: Ueber Angioma arteriale racemosum am Kopfe und dessen Behandlung. Prag. Vierteljahrsschrift Bd. CIII. u. CIV.

Diese Erkrankung bildet Geschwülste, beruhend auf Erweiterung eines bestimmten arteriellen Gefässgebietes bis in seine capillaren Endverzweigungen. Sie findet sich am häufigsten am Kopfe vor und hier wieder mit Vorliebe in der Ohr- und Schläfegegend. Fast alle Fälle sind im Kindesalter entstanden und zwar auf zweierlei Weise: ein angeborenes einfaches Angiom (Teleangiektasie) wächst, beginnt zu pulsiren und wandelt sich endlich in ein Gewirr erweiterter Arterien um, oder es geht ein Trauma voraus. In beiden Fällen scheint mir hervorzuheben, dass die noch wachsenden Arte-

rien zu dieser Erkrankung entschieden mehr als die ausgebildeten disponirt sind, denn auch die letztere Entstehungsart wird ungleich häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen beobachtet. Das vorwiegende Vorkommen dieser Geschwulstform betrifft den Kopf und hier vorzüglich die Gegend von Schläfe, Stirn und Ohr, wo auch die einfachen Angiome am häufigsten sind. Die anatomische Untersuchung zeigte in dem Falle von C. Heine an den erweiterten Arterien Verdünnung der Wand in specie der Tunica media, fettige Entartung und Schwund ihrer Muskelzellen.

Die Kranken leiden an Kopfschmerz, Brummen und Sausen im Kopfe ohne eigentlichen Schmerz. Die Geschwulst besteht aus einer Menge in der Mitte sich wirr durcheinander schlingender bis fast kleinfingerdicker, pulsirender gewundener Gefässe, die sich leicht comprimiren lassen. Die Auscultation zeigt ein systolisches, schwirrendes oder blasendes Geräusch.

Spontanheilungen sind beobachtet: bei frischen traumatischen Fällen so, dass man das ganze nur für eine transitorische Gefässdilation erklären möchte, dann einmal während einer schweren Erkrankung. In frischeren traumatischen Fällen dürfte die subcutane Injection von Extr. secal. cornut. nach Langenbeck zu versuchen sein, in länger bestehenden kommen verschiedene chirurgische Behandlungsweisen in Frage, unter denen wohl die Unterbindung der zuführenden Hauptgefässe und nachherige Excision meistens den Vorzug verdient.

X. Thrombose und Embolie.

R. Virchow: Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. Frankf. 1856. p. 591 u. f.

E. Mildner: Beiträge zur Pathologie und Diagnose der Nabelgefässentzündung bei Neugeborenen.

C. Rauchfuss: Ueber Thrombose des Ductus arter. Botalli. Virchow's Archiv Bd. XVII. p. 376.

C. Hecker und L. Buhl: Klinik der Geburtskunde. Leipz. 1861. p. 274.

C. Gerhardt: Ueber Hirnsinusthrombose bei Kindern. Deutsche Klinik 1857. Nr. 45 und 46.

Rilliet u. Barthez: II. 424.

L. Buhl: Intelligenzblatt der bayr. Aerzte 1872. nr. 24.

Neureutter u. Salmon: Bericht über das Fr. Jos. Kdrhsp. in Prag. (Jahrb. f. Kdrhlkde X. S. 436.

Emb. d. Art. pulm. sin. b. 12j. Kr. mit Car. oss. sacr.

In dem frühesten Kindesalter haben diejenigen Thrombosen eine besondere Bedeutung, die von Virchow als Thrombosen der Neugeborenen besonders beschrieben worden sind, ferner noch eine Anzahl von marantischen Thrombosen, die in der ersten Zeit des Säuglingslebens zur Entwicklung kommen. Als Thrombosen der Neugeborenen werden diejenigen bezeichnet, die in den im Verschlusse begriffenen Fötalwegen zu Stande kommen. Normalerweise schliessen sich der Ductus venosus Arantii, der Ductus arteriosus Botalli, die Vena umbilicalis, ohne dass Blutgerinnung in denselben stattfände. In den Nabelarterien dagegen bildet sich ein dünner Pfropf, der später mit der Innenwand des Gefässes verwächst, sich entfärbt und schrumpft. An der Stelle dieses dünnen Pfropfes kann ein dickerer in der Mitte eitrig schmelzender Thrombus sich entwicklen und bis herab selbst in die Arteria hypogastrica hineinreichen (Oehme). Meist sind beide Nabelarterien von dieser abnormen Thrombusildung ergriffen. Man findet sie in 16—20 % der Leichen von Neugeborenen (Mildner und Wrany). Sie stellen eine der vielen Erscheinungen septischer Infection des Neugeborenen dar, sind jedoch, da niemals Embolieen oder Circulationsstörungen daraus erfolgen können, von untergeordneter Bedeudung. Die Nabelvene, normalerweise ohne Thrombenbildung durch Zusammenziehung der musculösen und elastischen Elemente ihrer Wand sich schliessend, erhält Thromben, wenn septische Infection lähmend auf ihre Wand wirkt, namentlich wenn sie Entzündungen der nächst umgebenden Gewebe verursacht. Man findet dann die Vene um das Dreifache weiter, bald in grösserer, bald in geringerer Ausdehnung vom Nabel aus vom Thrombus erfüllt, der, in der Mitte eitrig zerflossen, mit den missfarbigen Gefässwänden zusammenhängt und bisweilen noch bis in den Ductus venosus oder doch in die Pfortader sich fortsetzt. Nach Buhl kommen von hier aus Embolieen in die Pfortader, den Ductus venosus, ja selbst in den Ductus arteriosus und den Lungenkreislauf zu Stande. Die Phlebitis umbilicalis findet sich seltener als die Arteriitis, nach Wrany in 2,5, nach Mildner in 13,5 % neugeborener Leichen vor. Sie ist meistens mit vielfachen eitrigen Metastasen verbunden. Mit ihr zugleich findet sich häufig die Thrombose des Ductus arteriosus Botalli. Sie entsteht, wie es scheint, gewöhnlich durch Einwirkung septisch inficirten Blutes auf die Wände des Ganges, und sie bewirkt, mag sie an Ort und Stelle entstanden oder durch Embolie von der Nabelvene her begründet

sein, sehr leicht die aneurysmatische Erweiterung des Ganges. Jedenfalls macht sie eine Schliessung auf normalem Wege unmöglich. Buhl hat in einigen Fällen von Embolie in den Gang dissecirendes Aneurysma desselben beobachtet. Die Festsetzung oder Entwicklung von Thromben an diesem Orte gewinnt besondere Bedeutung, da die Gerinnsel häufig in die Aorta oder in die Pulmonalarterie vorragen und durch die mächtigen Blutströme, mit welchen sie in Berührung kommen, abgebrochen und verschleudert werden. Von Klob, Rauchfuss u. A. sind daher Embolien in die Lungenarterie mit Entstehung hämorraghischer Infarcte, andererseits in die Körperarterien (renalis, mesenterica sup.) mit Nieren-, Darm- und Peritonealblutung beobachtet worden. Das Vorragen des Thrombus in die Aorta kann auch das Volumen derselben beengen, so dass Blutarmuth der unteren, Blutüberfüllung der oberen Körperhälfte eintritt. Die vorhin besprochenen Thromben der Nabelvene können nach den Pfortaderästen hin verschleudert werden und dann Leberabscesse erregen, oder in den einzelnen Gebieten der Pfortaderwurzeln Blutstauung zur Folge haben.

Die marantischen Thrombosen treten bei Krankheiten mit rascher Abmagerung, mit Sinken der Herzkraft und Eindickung des Blutes auf; vor Allem beim Brechdurchfall der Säuglinge. Als hauptsächlicher Sitz derselben sind die Hirnblutleiter und die Nierenvenen anzusehen. Auch in den Herzhöhlen kommen sie, namentlich im Verlaufe schwerer Infectionskrankheiten, des Durchfalles, der Syphilis vor. Von den ersteren aus können sie sich bis in die Vena jug. int., von der Nierenvene aus bis in die Cava erstrecken (Beckmann). Von beiden Orten aus kommen Embolieen der Lungenarterie und hämorrhagische Infarcte zu Stande. Die Verschliessung der Nierenvene muss blutige Beschaffenheit des Harnes zur Folge haben. Diejenige der Hirnsinus liefert eine Reihe von Zeichen, die an einem späteren Orte ihre Besprechung finden sollen. Die Compressions-, traumatischen und fortgeleiteten Thrombosen des Kindesalters bieten keinerlei Besonderheiten ihres Verlaufes dar. Wie bei Greisen, kommt auch bei Kindern embolische Gangrän vor. R. und B. haben 6 Fälle gesammelt, alle dem Alter von 3½—4 J. angehörend, darunter 5 Knaben. Beginn mit lebhaften Schmerzen in einem Fuss, von da nach aufwärts ausstrahlend, bei rasch erlöschender Tastempfindung des Gliedes und Steigerung des Schmerzes beim Versuch, die zwangsweise Beugestellung zu beseitigen, in der sich das Knie befindet. Die Arterien

pulsiren nicht und sind bis zum Leistenring als harter Strang zu tasten, das Glied ist kalt, seine Gewebe zerfallen brandig. Bei 4 Sectionen fand man Aorta und Iliaca mit adhärentem Gerinnsel erfüllt. Ich vermuthe, dass es sich um Embolie von Herzthromben aus gehandelt haben mag, wie in dem Fall von Buhl erwiesen ist. Befallen war eine oder beide unteren Extremitäten. Eine Heilung war nach Abstossung des Brandigen erzielt. Dass auch Gangrän ohne Embolie entstehen könne, zeigt eine Beobachtung an einem 2jährigen Kinde von Marjolin (Journ. f. Kdrkrthn. 1869). Die Thrombosen der Neugeborenen entstehen entweder durch septische Infection von der Mutter oder von der Nabelwunde aus. In beiden Richtungen kann zwar therapeutisch wenig, um so mehr durch umsichtige Prophylaxe geleistet werden. Bei septischer Infection der Mutter, dann in Gebär- oder Findelhäusern zu Zeiten der Gefahr sollte die Nabelwunde nicht allein scrupulös rein gehalten, sondern auch mit dem Lister'schen Verbande bedeckt werden.

XI. Haemophilie, Bluterkrankheit, angeborene hämorrhagische Diathese.

Virchow: Handbuch der speciellen Pathologie I. 263.
Grandidier: Ueber die erbliche Neigung zu tödtlichen Blutungen oder die sog. Bluterkrankheit. Hann. Ann. 1839. IV. 1.
Wachsmuth: Die Bluterkrankheit. Magdeb. 1849.
Bordmann: De l'hémophilie. Diss. Strassb. 1851.
R. Momberger: Beitrag zu der Lehre von der Hämophilie. Dissert. Giess. 1862.

Als Bluterkrankheit bezeichnet man die angeborene Neigung zu Blutungen bei heiler Haut und zu reichlichen Blutergüssen aus unbedeutenden Verletzungen. Fast in allen Fällen ist dieser krankhafte Zustand ererbt, bei Weitem die meisten Bluter gehören Bluterfamilien an. Fast jede Bluterfamilie zählt einzelne Mitglieder, die von dieser Neigung frei sind, aber sehr häufig übertragen diese wieder, auch wenn sie mit Nichtblutern verheirathet sind, auf ihre Kinder die angeerbte, bei ihnen selbst latent gebliebene Disposition. Die Zahl der Bluter ist in Zunahme begriffen, weil selten in den Bluterfamilien die Krankheit erlischt, weil sie bisweilen in einzelnen Familien neu entsteht, und weil die Bluterfamilien überaus fruchtbar sind. In den nordamerikanischen, weitverzweigten Bluterfamilien Appleton und Smith besteht die Krankheit

schon über 100 Jahre. Neuentstehungen der Bluterkrankheit will man namentlich bei sehr ungleichem Alter der Eltern und bei sehr naher Verwandtschaft derselben bemerkt haben. Bezüglich der Fruchtbarkeit berechnete Wachsmuth, dass 12 Bluterfamilien im Durchschnitt je 9½ Kinder hatten. Es gibt 4—7 mal mehr männliche als weibliche Hämophilen. In Bluterfamilien kommen häufig bei den von dieser Krankheit verschont gebliebenen Gliedern angeborene Herzfehler, unvollständige Schliessung der Septa des Herzens, Gicht und Hämorrhoiden vor. Die meisten Beobachtungen über diesen Zustand stammen aus Deutschland und Nordamerika.

Die Krankheit äussert sich in vielen Fällen schon unmittelbar nach der Geburt durch eine erschöpfende Blutung aus der gut unterbundenen Nabelschnur, die erst steht, wenn Ohnmacht eintritt, oder wenn energische blutstillende Mittel angewandt werden. Während des Zahnens sickert oft ohne bemerkbare Verletzung Blut aus der Mundhöhle hervor. Später treten häufig kleine Blutflecke in der Haut auf, ohne dass stattgehabte Verletzungen nachzuweisen wären, dann machen sich zeitweise, oft ziemlich regelmässig eintretende Blutungen aus Mund und Nase bemerklich. Combination mit multiplen Naevi, 2. F. (Wickham Legg). Zugleich entwickeln sich bei den meist blonden und zartgebauten Kindern ausgeprägte Erscheinungen von Scrophulose, namentlich treten Gelenkentzündungen in der Form des Tumor albus auf, oft aber auch ohne solche Gelenkentzündungen rheumatismusartige Gelenkschmerzen. Wo alles das der Krankheit noch keinen ganz bestimmten Charakter verlieh, da ist es die erschreckende Heftigkeit und Hartnäckigkeit der Blutung aus geringfügigen Verletzungen, die sie kennzeichnet. Kleine gequetschte Wunden sind schlimmer, als grössere scharf geschnittene. Beschneidung, Zahnausziehen, Blutegelstich, leichte Verletzungen beim Fallen können durch Blutung tödtlich werden. Spontane Blutungen erfolgen in das Gewebe der Haut oder an die Oberfläche der unversehrten Haut. Sie erfolgen ferner aus den Schleimhäuten und zwar am Häufigsten aus Nase und Mund, aber auch Bluthusten, Blutharnen, Blutbrechen, blutiger Stuhl kommen auf geringfügige Veranlassung hin oder anscheinend ganz von selbst zu Stande. Bei Mädchen tritt die Menstruation früher auf und ist besonders stark. Alle Beschwerden pflegen sich vor der Pubertät zu steigern, dann aber zu vermindern. Im späteren Alter, wo ausnahmsweise ein solches erreicht wird, nimmt die Neigung zu Blutung sehr ab, obwohl oft die Gelenkschmerzen fortbestehen. Im Frühjahr und Herbst

steigern sich gewöhnlich die Beschwerden, nach Säfteverlusten z. B. häufiger Ausübung des Coitus, wozu die Bluter starken Trieb haben, nach Diarrhöe u. s. w. tritt Besserung ein.

Die Wahrscheinlichkeit, lange zu leben, ist für Hämophilen gering; viele sterben schon im Kindesalter. Alle sind durch Zufälle, die sich im gewöhnlichen Leben kaum vermeiden lassen, in ihrer Existenz bedroht. Die Behandlung hat vor Allem, sobald einmal die Hämophilie erkannt ist, Alles, was Blutung erregen könnte, sorgfältig fern zu halten, dann aber bei eintretenden traumatischen Blutungen durch Anwendung von Eisenchlorid, Gm. Kino, Kolophonium, Höllenstein, Glüheisen sofort energisch Halt zu gebieten. Wo spontane Blutungen aufgetreten waren und ihren Wiedereintritt durch Congestionserscheinungen oder andere Vorboten ankündigen, kann man durch Dosen von 2—20 Grm. Glauber- oder Bittersalz oft vorbeugen, ausserdem können je nach Umständen Säuren, Digitalis, Blei, Mutterkorn ihre Indication finden. Bei Wunden ist auch nach gestillter Blutung die Nachbehandlung sehr sorgfältig zu führen, da sie meistens schwer heilen. Einmal hat man mit Erfolg bei Verblutung nach einer Schieloperation die Transfusion angewandt.

XII. Blutfleckenkrankheit, Morbus maculosus Werlhofii. Purpura haemorrhagica.

Wunderlich: Handbuch IV. p. 584.
A. Reder: Virchow's Handbuch Bd. III. p. 624.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 404.
A. O. Kappeler: Ueber Purpura. Diss. Frauenfeld 1863.
Henoch: Ueber eine eigenthümliche Form von Purpura. Berl. kl. Wochensch. 1874. nr. 51.
F. Penzoldt: Blutbefund bei der Werlhof'schen Krankheit.
Appenrodt: Ein Fall von M. mac. Werlhofii im ersten Lebensjahre (3/4j. Kn. mit Typhoid †). D. med. Wochenschrift 39, 1876.

Skorbut, Morbus maculosus Werlhofii und Purpura simplex, drei Krankheiten, die viel Gemeinsames in ihrem Verlaufe haben und offenbare Uebergänge zeigen, hat man sehr passend als transitorische, hämorrhagische Diathese der angeborenen, der Bluterkrankheit, gegenüberstellt. Blutungen in die Haut sind allen gemeinsam, bei der W.'schen Blutfleckenkrankheit treten Blutungen aus den Schleimhäuten hinzu, beim Skorbut Lockerung des Zahnfleisches, blutige Exsudate in Muskeln und Unterhautbindegewebe

und hämorrhagische Entzündungen innerer Organe, besonders der Serosen. Skorbut und Purpura simplex kommen im Kindesalter selten, die Blutfleckenkrankheit mindestens ebenso oft als bei Erwachsenen vor.

Das Säuglingsalter wird noch wenig befallen, zwischen zweiter Dentition und Pubertät kommen die meisten Fälle vor. Ueber den Einfluss des Geschlechts differiren die Angaben, doch scheinen auch mir Mädchen öfter betroffen zu werden. Die Krankheit, eine auf schlechter Ernährung beruhende Capillarwandbrüchigkeit, entsteht primär durch ungenügende oder ungeeignete Nahrungsmittel und andere ungünstige Einflüsse der Lebensweise, secundär nach manchen tief in die Ernährungsprocesse eingreifenden Erkrankungen. Für die primäre Entstehung der Krankheit sind dieselben ungenügenden Nahrungsmittel wirksam, die auch die Entstehung des Skorbuts fördern, ferner feuchte Wohnung, durch Menschen verdorbene Athmungsluft und übermässige Anstrengungen. Secundär entsteht die Krankheit öfter bei oder nach Syphilis, Mercurialismus, Morbus Brigthii, Ikterus, Typhus, Pneumonie, acuten Exanthemen, besonders nach Masern, Pneumonie und Keuchhusten, insoferne diese ausser der Ernährungsstörung in den Gefässwänden gelegentlich der Hustenbewegungen Steigerung des Seitendruckes bewirken. Wichtige Fingerzeige für Entstehungsweise und Deutung der Purpura simplex, die bei der nur graduellen Verschiedenheit beider Krankheiten auch hier zu berücksichtigen sind, hat Bohn gegeben. Er fasst die Purpuraflecken als Folge capillarer Embolieen der Haut auf. Dass Derartiges vorkommt, zeigen die bei Herzkranken mit multiplen Embolieen sich findenden grossfleckigen Blutungen in die Haut, dass die Purpura in einzelnen oder allen Fällen ebenso begründet sei, wird man erst dann sicher annehmen dürfen, wenn sowohl die embolischen Quellen, als auch die Emboli selbst nachgewiesen sein werden.

Blutfleckenkrankheit beginnt mit mehrtägiger Mattigkeit und Apetitlosigkeit, mit Unwohlsein und Zeichen gestörter Verdauung. Ihr Beginn sowohl als ihr Verlauf ist fieberlos. Das Aussehen wird blasser, die Gelenke schmerzen, auch längs der ganzen Glieder stellen sich rheumatoide Schmerzen ein, oft tritt Oedem in der Knöchelgegend auf. Bald mit, bald ohne solche Vorläufer vor, mit oder nach den Gelenkschmerzen bilden sich zahlreiche punkt-, flecken- oder striemenförmige dunkelblaue Blutaustritte in den obersten Schichten der Cutis. Die unteren Extremitäten wer-

den allein, zuerst oder überwiegend befallen. Der Bildung der Flecken können umschriebene Hyperämieen vorausgehen. An den Gelenken zeigen sich besonders die Bänder, wo die Sehnen enden, schmerzhaft bei Druck. Nach einem oder mehreren Tagen bilden die kleinen in den oberen Cutisschichten abgesetzten Extravasate sich zurück und verfärben sich, aber ehe sie vollständig verschwunden sind, folgt meistens ein neuer Schub, zwischen die früheren Erkrankungsstellen und auf zuvor noch freien Gebieten der Haut abgesetzt. Durch die Wiederholung dieses Vorganges wird die mehrwöchentliche Dauer der Krankheit erreicht. Dem Druck der Kleidungsstücke ausgesetzte Hautstellen pflegen frei zu bleiben, das Gesicht wird wenigtens nicht stark befallen. Einzelne grössere Blutflecken können die Epidermis in Blasen erheben.

Von den inneren Blutungen kommt am Häufigsten die aus der Niere vor. Sie ist bei jenen Fällen, die von vorne herein mit Morbus Brigthii complicirt sind, schwer nachzuweisen, findet sich aber ausserdem in fast allen Fällen von Purpura vor. Mit Rücksicht auf das Symptom der Hämaturie würde man viele Fälle, die gemeinhin als Purpura simplex bezeichnet werden, zur haemorrhagica rechnen müssen. Mit jedem neuen Schube der Hauthämorrhagieen wird der Harn stark eiweisshaltig, trüb-röthlich gefärbt und lässt Blutfarbstoff durch die Terpentin-Guajacprobe und Blutkörperchen im Sedimente erkennen. Die Sectiosbefunde zeigen, dass capillare Blutungen in die Harnkanälchen diesem Symptom zu Grunde liegen. Reichliche Blutungen können tiefergehende Erkrankungen der Niere zur Folge haben. Nächstdem kommen am Häufigsten vor Nasenbluten, Blutunterlaufungen und freie Blutungen der Mundschleimhaut, Bluthusten und Erbrechen und blutige Diarrhoeen. Wo solche Schleimhauthämorrhagieen, namentlich die aus Nase und Mund, recht massenhaft hervorbrechen, entwickeln sich gefahrdrohende Zustände von Anämie. Diese schweren Fälle sprechen sich schon in den ersten Tagen als solche aus, so dass man bei dem gewöhnlichen Beginne mit mässigen oder geringen Blutungen einen günstigen, allerdings mehrwöchentlichen Verlauf in Aussicht stellen darf. Henoch hat in einigen Fällen Empfindlichkeit des Leibes, Koliken, Erbrechen und Blutausleerungen beobachtet. Von Penzoldt wurden im Blute bei Werlhof'scher Fleckenkrankheit zahlreicke Microcyten gefunden.

Die in den rasch tödtlich verlaufenen Fällen erhobenen pathologisch-anatomischen Befunde zeigen das Vor-

kommen zahlreicher Ekchymosen auf und in inneren Organen, dann geringer Veränderung der Farbe, Gerinnbarkeit und Consistenz des Blutes, ohne dass daraus Einblicke in die wesentlichen Vorgänge entnommen werden könnten. Es handelt sich nach der gewöhnlichen Anschauung um verbreitete Ernährungsstörungen der Capillarwände, nach jener von Bohn zugleich um von Embolie bedingte Druckschwankungen, etwa wie in einem rothen Infarcte des Gehirnes oder der Leber, nur an klinsten Hautarterien verlaufend. Diesen Vorgängen, die offenbar einen ziemlich gut passenden Symptomencomplex liefern, liegt keine einheitliche Urzache zu Grunde, sie können auf die verschiedenste Weise veranlasst werden. Vielleicht beruht ein Theil dieser Fälle auf Embolie, ein anderer auf blosser Ernährungsstörung der Capillarwand.

Für die Behandlung ist wichtig, zu beachten, dass durch Körperbewegungen die Nachschübe herbeigeführt, durch ruhiges Bettliegen vermieden werden. Die günstige Wirkung ruhiger horizontaler Lage betrifft namentlich das Oedem und die Blutflecken der unteren Extremitäten, sowie die Nierenblutungen. Wo ausschliesslich die Beine befallen sind, lässt sich ein Druckverband mit grossem Vortheil anwenden. Die Ernährung ist so wie beim Skorbut einzurichten. Man gibt frisches grünes Gemüse, säuerliche Früchtesäfte, viel Fleisch und etwas Bier oder guten Wein. Diese Bedingungen allein genügen schon, um die leichteren Fälle zur Heilung zu bringen. Für die innere Behandlung sind empfohlen Chinin und Mineralsäuren. In den schweren Fällen versagt diese viel angepriesene Mischung häufig vollständig. Es ist dann das Eisenchlorid in grosser Dose zu versuchen, oder das von Henoch empfohlene Extr. secal. cornut. aqu. Auch das Oleum terebinth. soll günstige Erfolge liefern. Es wird zu mehreren Grm. per Tag angewandt. Hie und da habe ich von langdauernden lauen Bädern Vortheil gesehen. Wo örtliche Blutungen heftig auftreten, sind sie sofort durch Eis und Styptica zu stillen. Bei den Blutungen der Nasenhöhle tritt Tamponade in ihr Recht.

C. Krankheiten des Lymphapparates.

XIII. Lymphadenitis, Lymphdrüsenentzündung.

Guersant: Die Halsdrüsenentzündung der Kinder in Notizen über chir. Paediatr. Uebers. v. Rehn. Erl. 1865.

Barth: Beiträge zur Pathologie d. Lymphdrüsen. Med. Centralbl. 1869. Nr. 21.
Billroth: Ueber chronische Lymphadeniten und Lymphome. Archiv f. Chirurg. Bd. X. H. 1.

Acute Lymphdrüsenentzündungen kommen weit seltener vor als chronische. In beiden Fällen zeigen sich die Drüsen vergrössert bis zum Mehrfachen ihres normalen Umfanges, bei der acuten Form durch Hyperämie rosa gefärbt, bei der chronischen blass und hart. Beide Formen können ihren Ausgang finden in Resorption, in Eiterung oder in Induration. Für die chronische Form treten noch die Ausgänge in Verkäsung und in Amyloidentartung hinzu.

Primäre Lymphdrüsenerkrankungen sind äusserst selten. Sie entstehen fast nur durch directe Wunden, Quetschungen und sonstige Verletzungen der Drüsen. Secundäre Lymphdrüsenanschwellungen werden durch eine Reihe von Blutkrankheiten bewirkt (Syphilis, Diabetes, acute Exantheme); sie betreffen in diesen Fällen so ziemlich alle Lymphdrüsen des Körpers gleichmässig; — dann durch Entzündungen oder Reizungen der Wurzelgebiete einzelner Lymphdrüsenpaquete. Von den Hautkrankheiten erregen so Erysipel, Ekzem, Furunkel, Prurigo, Favus u. a. Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen. Von den Schleimhauterkrankungen sind es besonders diejenigen der Mandeln oder Mundhöhle, an die sich Anschwellung der Lymphdrüsen am Unterkieferwinkel anschliesst, die der Bronchien, womit die bronchialen, die des Darmes, womit die mesenterialen Lymphdrüsen correspondiren. Manchmal kann man wohl sagen: die Wege der Lymphgefässe sind wunderbar, wenn z. B. ein Furunkel am Rücken einen Bubo in der Leistenbeuge hervorruft. Die Drüsengeschwülste am Nacken entstehen besonders von der behaarten Kopfhaut aus, diejenigen am Ohr vom Auge oder Gehörgang aus, die an der Unterkinngegend von der Lippe her. Am Häufigsten treten in Entzündung die Drüsen des Halses, dann etwa die der Bronchien und des Mesenteriums.

Die nächsten Erscheinungen der Lymphdrüsenanschwellungen sind: Sichtbare Vorwölbungen der Haut, tastbare subcutane, harte, glatte, verschiebbare bohnen- bis eigrosse Geschwülste. Bei acutem Auftreten verlieren sie durch die Mitanschwellung des umgebenden Bindegewebes, bei chronischem Auftreten nach längerer Zeit durch die Verlöthung an benachbarte Theile ihre Verschiebbarkeit ganz oder theilweise. Spontaner und bei Druck und Bewegung sich steigernder Schmerz kommt den acuten Formen regelmässig, den chronischen bei bedeutendem Umfang oder eingetretener Eiterung zu.

Andere Symptome entstehen durch Druck auf benachbarte Nerven oder Gefässstämme, namentlich bei sehr acut auftretenden oder sehr umfangreichen Geschwülsten. So kann eine Lymphadenitis inguinalis Taubsein einzelner Aeste des Cruralnerven, Anschwellung der Achseldrüsen Schmerz oder Taubsein in den Hautnerven des Armes oder der Finger erzeugen. Durch Druck auf die benachbarten Venen entsteht Oedem, durch Druck auf die Arterien Kälte und Kleinheit des Pulses. Am Auffälligsten sind diese Druckwirkungen bei grösseren tiefgreifenden Lymphdrüsengeschwülsten des Halses. Oft trifft man die Pupille der betreffenden Seite enger und die Wange stärker geröthet (Sympathicuslähmung). Noch häufiger ist man im Stande, durch Druck auf die Geschwulst nach rückwärts eine gleichseitige Pupillenerweiterung (Sympaticusreizung) und zugleich Verlangsamung, Schwäche oder Stillstand der Herzbewegung (Vagusreizung) hervorzurufen. Die Druckwirkung auf die grossen Halsgefässe, mag sie Karotis oder Jugularis mehr treffen, verursacht arterielle Hirnanämie. Diese kann in Anfällen von Epilepsie zur Geltung kommen, die mit der Entfernung der Halsdrüsengeschwulst sofort aufhören. Gewöhnlich zeigen sich nur leichtere Hirnsymptome: Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schlafsucht u. dergl.

Die Dauer der Anschwellung einer oder mehrerer Lymphdrüsen ist zunächst abhängig von der Dauer und der Art des Reizes, durch den sie erzeugt wird. Lymphdrüsen, die durch Syphilis zur Anschwellung kamen oder durch Prurigo, können mehr als ein Jahrzehnt fühlbar bleiben; diejenigen, die durch Scarlatina oder durch Furunkeln in entzündliche Schwellung versetzt wurden, bilden sich in einigen Tagen oder Wochen zurück. Nächstdem hat die Constitution des Kranken einen entschiedenen Einfluss. Bei kräftigen, vollsaftigen Leuten entscheidet allein die Dauer des Reizes; bei schwächlichen, scrophulösen, torpiden Constitutionen wird der Reiz von der Drüsenschwellung lange überdauert. Ebenso ist der Uebergang in Vereiterung theils von der Ursache, die einwirkte, theils von der Constitution des Kranken abhängig. Anschwellungen der Achsel- und Leisten- und vieler anderen Drüsen gehen nie in Eiterung über, wenn sie durch Scarlatina hervorgerufen waren. Schwellungen der Drüsen am Unterkieferwinkel aber, hervorgerufen durch Scharlach-Diphtheritis, vereitern ganz gewöhnlich. Traumatische oder auf geringfügige Entzündungen der Mundschleimhaut hin entstandene Schwellungen der Jugulardrüsen vereitern bei gesunden Leuten fast nie, bei scrophulösen sehr häufig. Die Prognose hängt

also von der Ursache der Krankheit und von dem sonstigen Gesundheitszustand des Kranken ab.

Als wichtigste Indicationen ergeben sich Beseitigung des die Krankheit erregenden Reizes und, wo es nöthig ist, Besserung der Constitution. In ersterer Beziehung sind es besonders oft chronische Geschwülste der Mandeln, die beseitigt werden müssen, ehe Drüsengeschwülste am Unterkieferwinkel heilen, Kopfausschläge, namentlich Favus und Ekzem, die die Nackendrüsen anschwellen machen u. s. w. In der zweiten Richtung wirkt bald bei abmagernden Kranken Leberthran, Fleischkost, Milchcur, Eisen günstig, bald bei gut genährten Kranken der Gebrauch von Kreuznach, Soden, Dürkheim, Kösen, Sulza, oder von Jod- und Bromkalium innerlich. Für grössere, hartnäckige Lymphdrüsengeschwülste, die trotz der Anwendung dieser Mittel längere Zeit fortbestehen, bleibt die operative Entfernung übrig, ganz besonders wird Excision indicirt, wo Druck auf benachbarte Nerven- oder Gefässstämme sich bemerklich macht. Da sieht man oft, dass bloss theilweise, vielleicht zu explorativen Zwecken vorgenommene Auslösung einer Drüse, besonders wenn die Wunde durch Eiterung heilt, genügt, um ein ganzes Paquet zur Rückbildung zu bringen. Vereiternde Lymphdrüsengeschwülste werden durch Spaltung der vorhandenen Fistelgänge, Aetzung mit Höllenstein oder Jodtinctur und entsprechende Allgemeinbehandlung beseitigt. Die subcutane Aussaugung derselben mit einer Spritze und Troikart, die Anwendung des fadenförmigen Haarseiles zur Entleerung werden von Anderen empfohlen. Doch hat neuerdings die durch Antisepsis ungefährlicher gewordene Herausnahme der ganzen erkrankten Drüsenparthie immer mehr Indikationen gefunden.

Für den ersten Beginn eignen sich bei acuten Formen: Versuch der Compression, kalte Umschläge, Einreibung von grauer Salbe, Einpinselung von Jodtinctur.

XIV. Leukämie und Leukocytose.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 564.

J. Vogel: Ein Fall von Leukämie und Vergrösserung der Milz und Leber. Virch. Arch. III. 570.

Mosler: Die Pathologie und Therapie der Leukämie. Berl. 1872.

Golitzinsky: Ein paar Worte über die Leukämie der Säuglinge. Jahrb. d. Kinderheilk. IV. p. 90.

Löschner: Die Leukämie der Kinder. Ibid. III. p. 1.

Die Leukämie, von Virchow (1845) zuerst erkannt und benannt, von J. Vogel (1850) zuerst diagnosticirt, wurde schon 1861

von Biermer bei zwei Kindern gefunden, deren jüngeres 4½ Jahre alt war. Seither haben sich die Beobachtungen bei Kindern bis zu Säuglingen herab so gehäuft, dass man sicher sagen kann, die Krankheit sei bei diesen mindestens nicht seltener als bei Erwachsenen. An die früheren Beobachtungen von Löschner und Golitzinsky schlossen sich in den letzten Jahren noch Fälle von Mushet (8½ Jahre), Seitz (1 Jahr) und Mosler (1¼, 10 und 13 J.), Friedrich (8—10 W.), Cnyriem (5 J.), Ranvier, Fagge (20 Mon.) an.

Die Krankheit bewirkt als erstes ihrer Symptome Vergrösserung der Milz oder vieler Lymphdrüsen, besonders oft der Cervical- und Achselgegend, oder der Milz und Lymphdrüsen zugleich. Nach Golitzinski soll erstere Form, die lineale, mehr den ein- und mehrjährigen Kindern zukommen, letztere die lymphatische, mehr den ersten Monaten des Lebens. Eine dritte von Neumann beschriebene Form, die myologene, geht von Veränderungen im Knochenmark aus. Sie wurde bis jetzt bei Kindern noch nicht gefunden. Nach längerem Bestande dieser örtlichen lymphatischen Hyperplasie, wird von da aus das Blut mit einer ungewöhnlichen Menge von weissen Zellen vermischt, die im einen Falle Aussehen und Grösse der gewöhnlichen weissen Blutzellen haben und auf Essigsäurezusatz mehrere glatte Kerne erkennen lassen, bei der lymphatischen Form kleiner sind und nur einen, etwas granulirten Kern führen. Zu Gunsten der weissen Blutkörperchen treten die rothen an Menge zurück. Bei den höchsten Graden der Krankheit — Verhältniss der weissen zu den rothen Körperchen wie 1 : 1 oder 2 : 3 — bekommt das Blut eine hellere Färbung mit einer Beimengung von trübem Grauweiss. Zudem finden sich bisweilen kernhältige rothe Blutkörperchen vor (Klebs) und in amöbioder Bewegung begriffene rothe Blutzellen. Gleichzeitig häufen sich im Blute sonst spärlich vorhandene chemische Bestandtheile in Menge an und abnorme treten auf. Scherer hat dieselben am Blut der Leiche, Körner an dem des Lebenden nachgewiesen. Es gehört dahin Hypoxanthin, Harnsäure, Essig-, Ameisen- und Milchsäure, Leim und Albukalin, ein neuerdings von R. Theile durch Einwirkung von Aetzkali auf Albumin dargestellter Körper, dem Reichardt in einem Jenaer Falle nachwies. Bei längerem Bestande der Leukämie schwillt auch die Leber an, lymphatische Neubildungen entwickeln sich in diffuser Form in ihrem Bindegewebsnetze, Anfangs nur mikroskopisch erkennbar, dann gleich Tuberkelkörnern oder in verästigten Formen sichtbar. Von da ab tritt die Krank-

heit in ein drittes Stadium, das der lymphatischen Neubildung. Theils durch colossale Wucherung der vorgebildeten, theils durch neu sich entwickelnde lymphatische Follikel entstehen weisse, weiche, gefässreiche, markige Geschwülste am Magen und Darme von den solitären und Peyer'schen Follikeln aus (hier öfter in Ulceration eintretend), an der Niere, dem Herzen, der Respirationsschleimhaut, am Rachen. Am Auge tritt eine durch zahlreiche Blutergüsse ausgezeichnete Retinitis leucaemica auf, die selbst die ophthalmoscopische Diagnose gestattet. Einmal fand Gallasch die Thränendrüsen zu grossen leukämischen Tumoren entwickelt. Schliesslich entstehen sehr oft Blutgerinnungen in den Körpervenen, Embolieen der Lungenarterie, Pneumonieen, dysenterische Processe am Darme, Haut- und Höhlenwassersucht, Blutungen.

Ueber Ursachen der Leukämie ist wenig Sicheres bekannt. Wechselfieber, Syphilis, Scrophulose und Rachitis werden angeschuldigt, die Grundlage zu bilden. Für die Bedeutung des Wechselfiebers spricht namentlich die ungleich grössere Häufigkeit der Krankheit in den norddeutschen Küstenstädten im Vergleich mit unserem gebirgigen Binnenlande. Wechselfieber sowohl als Syphilis waren in einzelnen Fällen directe Vorläufer der Leukämie. Hochgradige und langwierige Anämie scheint manchmal in Leukämie überzugehen und umgekehrt Leukämie schliesslich in einfache perniciose Anämie. Traumata der Milzgegend oder einzelner Lymphdrüsenpackete liegen namentlich der rascher verlaufenden Form mitunter zu Grunde. Bei Säuglingen machen bisweilen unbestimmte acute Krankheiten den Anfang des Leidens. Stand und Ernährungsweise sind ohne wesentlichen Einfluss, auch das Geschlecht (männliches etwas bevorzugt) scheint keinen wesentlichen Unterschied zu bedingen.

Der Beginn der Krankheit erfolgt gewöhnlich sehr allmählig. Blässe, fahles Aussehen, Mattigkeit, später Abmagerung entsprechen anscheinend einer hochgradigen Blutarmuth, auffallende dyspnoische Erscheinungen treten hinzu. Die stattfindende Verminderung der rothen Blutkörperchen bewirkt sowohl die Blässe als auch die Athemnoth. Letztere kann bei der linealen Form durch die Vergrösserung der Milz und Hinaufschiebung des Zwerchfelles, bei der lymphatischen durch Compression der Trachea Seitens der geschwollenen Lymphdrüsen noch gesteigert werden. Die Körperwärme schwankt wenig um Normal herum, der Puls ist etwas beschleunigt, gross und weich, der Urin, auch wenn an Menge nicht vermindert, doch reich an Harnsäure. Die verminderte Menge circulirenden

Hämoglobins gestattet nur geringere Sauerstoffaufnahme, daher die Athemnoth, daher die geringere Harnstoffausscheidung und der grössere Rückstand an Harnsäure. Geringe Verletzungen führen zu starken und schwer zu stillenden Blutungen; in der späteren Zeit tritt wässerige Anschwellung der Haut in der Knöchelgegend und im Gesichte auf, der Unterleib wird aufgetrieben, theils durch Ascites, theils durch die Schwellung der Milz und Leber, Blutungen, dysenterische Processe, Entkräftung führen das Lebensende herbei, auch Lungenentzündung und Embolie der Lungenarterie werden öfter als Enderkrankungen beobachtet. Auf die Natur des Leidens wird man am Leichtesten aufmerksam durch die Beobachtung der Milz- oder Drüsenanschwellung. Man stellt dieselbe sicher durch die mikroskopische Untersuchung des Blutes. Zu dem Zweck wird ein Finger des Kranken in der Mitte mit einem Band oder Tuch fest umwunden und am Nagelgliede neben dem Nagel mit einer Stecknadel gestochen oder geritzt. Der so gewonnene Blutstropfen wird unter das Mikroskop gebracht bei einer Vergrösserung von etwa 300. Die Zählung sowohl der weissen als der rothen Körperchen, die sich in einem bestimmt begrenzten Abschnitte des Gesichtsfeldes vorfinden, ergibt nun leicht das gegenseitige Verhältniss derselben. Nur wo dieses 1 : 12 überschreitet, kann von ausgesprochener Leukämie die Rede sein; die Diagnose der Krankheit lässt sich auf diese Weise leicht feststellen. Bisweilen kann man auch noch lymphatische Neubildungen an der katarrhalisch entzündeten Rachen- oder Kehlkopfschleimhaut sehen (Mosler).

Im ersten Beginne kann die Krankheit sehr eigenthümliche Formen annehmen. Hysterieähnliche Zustände, Gelenkschmerzen, Anfälle von Aufregung mit lautem Schreien machten bei zwei Mädchen den Anfang. Bisweilen täuschen die Hautblutungen Werlhof'sche Krankheit vor, oder man glaubt frühzeitige Chlorose vor sich zu haben. Die microscopische Blutuntersuchung sollte in keinem irgend unklaren Krankheitsfalle versäumt werden.

Die Prognose ist eine fast absolut ungünstige. Wenn auch einzelne wenig entwickelte oder diagnostisch nicht ganz sicher gestellte Fälle geheilt worden sind, so gibt dies doch für alle diejenigen, in welchen einmal das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen 1 : 10 überschritten hat, oder in welchen lymphatische Metastasen vorhanden sind, nicht im Mindesten bessere Aussichten. Einige Erholung findet öfter statt beim Gebrauch von Eisenmitteln und nahrhafter Diät, auch Jod, Brom und Ammoniak

sind von Einzelnen gerühmt worden. Mosler hat in einem Falle mit wenigstens zeitweise günstigem Erfolg bei einem Erwachsenen die Transfusion gemacht und bei einem Kinde durch grosse Dosen Chinin Heilung erzielt, ebenso Ehrlich bei einem 15jähr. Jungen durch Chinin und Eisen. Im Ganzen ist, je jünger das Kind, um so rascher der ungünstige Ablauf. Die Dauer eines Jahres kann schon als lang gelten, Golitzinsky will sogar bei Säuglingen öfter nach nur 3wöchentlicher Dauer den tödtlichen Ausgang beobachtet haben.

Mit der eigentlichen Leukämie verwandt und leicht zu verwechseln sind die Zustände geringer Vermehrung der weissen und Verminderung der rothen Blutkörperchen, welche im Kindesalter häufig vorkommen bei Krankheiten, die zur Abzehrung der Blutmasse führen, und bei chronischer Anschwellung der Lymphdrüsen. Virchow hat für dieselben den Namen der Leukocytose eingeführt. Schlechte Ernährung, Rachitis, Scrophulose, Tuberculose, Anämie nach acuten Krankheiten liefern einen Theil dieser Fälle. Interessanter sind die anderen, wo Sarkom der Lymphdrüsen, scrophulöse Anschwellung derselben, oder einfache Hyperplasie in Folge localer Reizungen eine beträchtliche, mitunter bis 1 : 20 gehende Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervorrufen. So kann man ziemlich sicher sein, beim ächten Prurigo die weissen Blutkörperchen entsprechend der Lymphdrüsenschwellung vermehrt zu sehen. Constant überwiegen hier die kleinen einkernigen Formen derselben. Wahrscheinlich existirt auch eine analog begründete lineale Leukocystose, doch muss sie viel seltener sein als die lymphatische. Diese Zustände sind entschieden besserungs- und heilungsfähig. Nahrhafte Kost und Eisenbehandlung sind zunächst anzuwenden, ausserdem die vorhandenen Lymphdrüsengeschwülste durch Beseitigung der sie erregenden Reize und durch Jodbehandlung zur Zertheilung zu bringen.

XIV. Anaemia lymphatica, Pseudoleukämie, Hodgkin'sche Krankheit, Adenie. Malignes Lymphom.

Hodgkin: Med. chir. Transactions 1832. Vol. XVII. p. 68.
S. Wilks: Guy's Hosp. Reports 1856. Ser. III. Vol. II.
R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 619.
C. A. Wunderlich: Archiv der Heilkunde VII. p. 531.
Rich. Schulz: Klinisch anatomische Betrachtungen über das Desmoidcarcinom. Arch. d. Heilkde. Jahrgg. XV. S. 193.
Billroth: Wien. med. Wochenschrift 1871. nr. 14.

Die von Hodgkin beschriebene und von Wunderlich genauer verfolgte Pseudoleukämie tritt bei Kindern besonders oft auf. Schon unter den von Hodgkin veröffentlichen Fällen finden sich Knaben von 3 und 10 Jahren erwähnt, von Lambl, Wunderlich u. A. sind noch mehr Fälle aus dem Knabenalter beschrieben worden. Dte Ursachen der Krankheit sind vollständig unbekannt. Zwar haben sich einzelne Fälle nach Traumen, Erkältungen, verschiedenen acuten Krankheiten entwickelt, doch lassen sich aus solchen vereinzelten Thatsachen noch keinerlei brauchbare Sätze ableiten. Unter den seitherigen Fällen befinden sich mehr Knaben als Mädchen. Die Krankheit äussert sich durch Blässe und Mattigkeit, fahles, durchscheinendes Colorit, Anschwellung zahlreicher äusserer und innerer Lymphdrüsen, Vergrösserung der Milz und auch der Leber. Von den Lymphdrüsen machen die einer Seite des Halses gewöhnlich den Anfang und wachsen zu einem Paquete heran, das selbst, auf das Schlüsselbein sich aufstemmend, den Kopf nach der anderen Seite drängen kann. Die Fälle sind häufig, in denen erst später andere Lymphdrüsengruppen anschwellen. Multiple Lymphdrüsenerkrankung im Beginne scheint bei Erwachsenen häufiger, beschränkte jugulare bei Kindern. Man bemerkt noch Athemnoth, Herzklopfen, Neigung zu Diarrhöen, wassersüchtige Anschwellungen. Die Untersuchung des Blutes ergibt trotz der Anschwellung der Lymphdrüsen und der Milz keine oder wenigstens keine das Maass der Leukocytose überschreitende Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Dagegen finden sich die rothen vielfach in verkleinerter Form und unregelmässiger Gestalt vor (Poikilocytose nach Quincke). Die Veränderung in der Milz, in den Lymphdrüsen, der Leber, dem Magen, der Pleura und in der Lunge wird als Neubildung cytogenen Gewebes beschrieben. Sie stellt sich dar in Form verschieden grosser, weisser bis grauröthlicher Einlagerungen. An den Lymphdrüsen findet sich meistens eine gleichförmige allgemeine Erkrankung mit massenhafter Neubildung jungen Bindegewebes vor. Die Harnuntersuchung ergab in meinen Fällen nur durch Alkohol fällbares (peptonähnliches) Eiweiss, dunkelrothe Färbung des Harnes durch Eisenchlorid (Diacetsäure?), keine Vermehrung der Harnsäure, kein Hypoxanthin. In fast allen ausgesprochenen Fällen tritt der tödtliche Ablauf durch Entkräftung oder durch dazwischen tretende Krankheiten ein. Der Verlauf schwankt zwischen einigen Wochen und mehr als einem Jahr. Von erst beginnenden Fällen will Wunderlich Heilung durch die Anwendung von Jodprä-

paraten erzielt haben. — Die Krankheit ist von der Leukämie nur durch die mikroskopische Untersuchung des Blutes, von manchen scrophulösen Erkrankungsformen und von dem eigentlichen Sarkom der Lymphdrüsen sehr schwer zu unterscheiden. Das sicherste Mittel, diese Unterscheidung zu treffen, dürfte in der Ausschneidung eines Stückchens Lymphdrüse liegen. Zum Zweck der Behandlung wird man mit Vortheil Eisenpräparate reichen, der stets sehr ausgesprochenen Anämie halber. Nächstdem können Jodpräparate, namentlich Jodkalium und Jodeisen, versuchsweise angewendet werden. Neuerdings ist die Behandlung dieses Leidens wesentlich bereichert worden durch die von Billroth und seinen Schülern eingeführte innere Anwendung und parenchymatöse Injection der Solutio arsenicalis Fowleri. Ein bis 2 Tropfen wurden mittelst der Pravaz'schen Spritze in die Drüsengeschwülste je nach einigen Tagen eingespritzt, 2—3 Tropfen 2—3 Mal täglich innerlich gegeben. Wenn auch nur einige dieser Kranken geheilt wurden, so fordert dies doch schon lebhaft zum Erproben der neuen Methode auf. —

IV.

Krankheiten der Athmungsorgane.

Asphyxie.

Schwartz: Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipz. 1858.
Thamhayn: Ueber Asphyxie und Lebensrettung Asphyktischer. Schmidt's Jahrb. CVI. p. 96.
O. Spiegelberg: Zur Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen, die Marshall-Hall'sche Methode. Würzb. med. Zeitschr. Bd. V. p. 150.
H. Ziemssen: Die Elektricität in der Medicin. III. Aufl. Berl. 1866. p. 91.
B. S. Schultze: Der Scheintod Neugeborener. Jena 1871.

Kinder, die bewegungslos, mit erschlafften Gliedern, ohne Athembewegung einige Zeit nach der Geburt verharren, dabei jedoch Herz- und Pulsschlag erkennen lassen, bezeichnet man als asphyktisch. Man würde sie richtiger apnoisch nennen, denn davon, dass sie nicht athmen, hängen alle vorhandenen Störungen ab. Während des Geburtsactes wird der Fötalpuls mit jeder Wehe langsamer. Die Abnahme in der Frequenz des Pulses steigert sich, so lange die Wehe dauert, und hört mit deren Ende auf. Die Erhöhung der Widerstände in der Kreislaufbahn des Kindes, die verminderte Sauerstoffzufuhr zu seinem Blute und der Hirndruck, der durch die Einwirkungen der Wehen auf den Schädel des Kindes bewirkt wird, sind die Gründe dieser Erscheinung. Für gewöhnlich treten dabei trotz der verminderten Sauerstoffzufuhr keine vorzeitigen Athembewegungen ein. Der Fötus verharrt in dem Zustande mangelnden Athembedürfnisses (Apnöe), in dem er sich während des ganzen Intra-Uterinlebens befand. Wird die Beschränkung der Sauerstoffzufuhr sehr hochgradig, z. B. bei vorzeitiger Lösung der Placenta oder Compresion der vorgefallenen Nabelschnur, so treten innerhalb des Uterus Athembewegungen ein, die zur Erweiterung der Athemwege des Kindes und zur theilweisen Erfüllung derselben mit Eiflüssigkeit führen. Diese Athmungsversuche lenken den Blutstrom

vom Ductus Botalli den Aesten der Pulmonalarterie zu und vermindern dadurch die Placentarathmung des Kindes, sie steigern also die Verarmung des Blutes an Sauerstoff, befördern die Kohlensäureanhäufung und erfüllen die Luftwege mit Flüssigkeit, die der späteren Einleitung der Athmung im Wege steht.

Die erste Athmung wird eingeleitet durch den Reiz, den Kohlensäureanhäufung im Blute auf das verlängerte Mark ausübt. Erleidet nun die Sauerstoffzufuhr zum Körper des Kindes oder speciell zum verlängerten Mark während der Geburt eine so allmählig steigende und so vollständige Verminderung, dass die Reizbarkeit dieses Organes erlischt oder wenigstens für die vorhandene Kohlensäureanhäufung zu schwach wird, so unterbleiben nach Beendigung des Geburtsactes die Athembewegungen, und das Kind befindet sich im Zustande der Kohlensäurevergiftung. Lang dauernde Compression des Schädels während einer schweren Geburt, raumbeengende Blutergüsse in die Schädelhöhle können demnach ebenso, wie vorzeitige Lösung des Mutterkuchens und Zusammendrückung der Nabelschnur Asphyxie, bedingen.

Asphyktische Kinder sind Anfangs blauroth, später bleich, schlaff, regungslos, ohne Athem, unempfindlich gegen äussere Reize. Ihr Puls ist verlangsamt, bei Blässe klein und oft nur am Herzen zu zählen. Das einzige Heilmittel des Zustandes liegt in der baldigen Einleitung der Athmung. Wo der Puls noch einige Völle besitzt und die Haut blutreich ist, gelingt dies häufig durch äussere Reize, z. B. durch einige Schläge mit der flachen Hand oder durch abwechselndes Eintauchen in kaltes und warmes Wasser. Das Hinzutreten dieser Reize zu dem der Kohlensäure im Blute vermag oft noch an der durch Sauerstoffmangel wenig erregbaren Medulla oblongata den Reiz zur Inspiration auszulösen. Wo dies nicht rasch gelingt, oder der höhere Grad der Asphyxie von Vorne herein keinen Erfolg davon erwarten lässt, bleiben an dem möglichst schnell von der Nabelschnur gelösten Kinde folgende Methoden zu versuchen:

1) Das Einblasen von Luft durch einen in die Trachea geführten Katheter (Hüter, Olshausen), oder durch ein eigenthümliches Instrument (Panum). Wo die Luftwege mit Flüssigkeit erfüllt sind, wird diese zuerst in den Katheter eingezogen und entfernt.
2) Das Marshall-Hall'sche Verfahren (Spiegelberg): Lagerung auf das Gesicht, den Arm unter die Stirne, Rotation

in die Seitenlage und etwas über dieselbe hinaus, rhythmisch wiederholt.

3) Die rhythmische Erregung des Zwerchfellnerven und der äusseren Brustnerven durch Faradisation (Ziemssen, Pernice).
4) Das Auf- und Abschwenken des an den Schultern angefassten, mit dem Rücken nach Vorne und Oben gekehrten Kindes (B. S. Schultze).

Jede dieser Methoden hat günstige Erfolge aufzuweisen, jede wird von Einzelnen für die beste erklärt. Von der 2. und 4. ist anatomisch nachgewiesen, dass sie sogar Luft in die Lunge todtgeborener und todtbleibender Kinder hineinpumpen.

A. Krankheiten der Nasenhöhle.

I. Katarrh.

Virchow's Handb. Bd. V. Abth. I. p. 395 u. f.
Rayer: Note sur le coryza des enfants à la mamelle. Par. 1820.
Bouchut: Traité prat. des maladies des nouveau-nés. Ed. V. p. 236.
Kussmaul: Ueber den Schnupfen der Säuglinge. Zeitschr. für rat. Med. XXIII. 3. 1866.

In acuter Form tritt der Nasenkatarrh nach Erkältungen, nach dem Einathmen chemisch reizender Dämpfe, rauchiger, staubiger Luft, dann als Begleiterscheinung einiger Allgemeinkrankheiten, z. B. der Masern auf. Der Schnupfen kommt allen Abschnitten des Kindesalters zu. Während er für die späteren ebenso bedeutungslos ist, wie bei Erwachsenen, wird er um so eher zur gefährlichen Krankheit, je jünger das Kind ist. Bei Säuglingen werden leicht die unteren Nasengänge und die Mündung der Nase von Schleim und angetrockneten Schleimpfröpfen erfüllt, so dass das Athmen durch die Nase Rasselgeräusche erzeugt, später unmöglich wird. Während des Saugens sind die Kinder ganz auf das Athmen durch die Nase angewiesen. Es ist aber auch sonst ihre Gewohnheit und bei jener Mehrzahl von Kindern Bedürfniss, die während des Schlafes die Zunge gegen den harten Gaumen angedrückt halten. Das Saugen wird nothwendig unterbrochen, bald durch öfteres Athembedürfniss, bald durch förmliche Stickanfälle; es wird den Kindern verleidet, sie nehmen schliesslich die Brust nicht mehr und magern in hohem Grade ab. Bouchut beschreibt merkwürdige Fälle, in welchen die Kinder erstickten oder in die grösste Gefahr gebracht wurden durch Adspiration der dem harten Gaumen anliegenden

Zunge nach Hinten. Alle Möglichkeit des Athmens war da unterbrochen, bis die Zunge wieder künstlich nach Vorne gezogen war. Bei schwächlichen Kindern sind diese Folgen mehr zu fürchten, als bei wohlgenährten. Die Behandlung besteht einfach in Reinigung der Nasenhöhle mittelst eines Pinsels oder einer dünnen Leinwandrolle und Einpinselung zusammenziehender Mittel, namentlich Alaun, Tannin u. dergl. Die Zunge muss man überwachen und, wo nöthig, durch öfteres Herabdrücken an eine bessere Stellung zu gewöhnen suchen.

Acute Katarrhe können mit einem leichten oder auch ganz ernsten Fieberanfalle beginnen. Dieses Verhalten findet sich meist im 2. und 3. Jahre vor. Kurzes Frösteln, dann trockene Hitze, Unruhe, Schlaflosigkeit oder Delirien im Schlaf, heftiger Durst, Temperatur bis zu 40° und entsprechender Puls, das etwa sind die Symptome, die, meist Abends beginnend, so lange unerklärt bleiben, bis gewöhnlich in der zweiten Hälfte der Nacht häufiges Niesen, thränende Augen, gedunsenes Aussehen und beginnende Absonderung an der Nase die Sache so weit klar stellen, dass man höchstens noch an den Anfang der Masern denken kann. Schon am nächsten Tage tritt Entfieberung ein, die dauernd ist, oder noch von leichter abendlicher Fieberbewegung während einiger Tage unterbrochen wird. Der Katarrh bleibt selten beschränkt, sondern wandert in den nächsten Tagen nach dem Rachen und Kehlkopfe zu Abwärts, so dass Schluckweh, Heiserkeit, Husten der Reihe nach sich anschliessen. Einer besonderen Behandlung bedürfen diese Fieberzustände nicht, sie verlieren sich gerade so gut bei exspectativem Verfahren, wie wenn man kühlende Mixturen gibt. Frische Katarrhe älterer Kinder können abgekürzt werden durch Anwendung des Hagen-Brand'schen Schnupfenmittels: Acid. carbol. puriss. 5, Spirit. vini rectificat. 15, Liqu. ammon. caust. 5, Aqu. destill. 10. Zweistündlich einige Tropfen auf Löschpapier durch Nase und Mund einzuathmen.

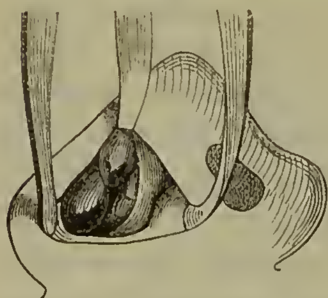
Acute Katarrhe gehen leicht in chronische über, wo dieselben Schädlichkeiten wiederholt einwirken, oder wo der Boden, auf dem sie sich entwickeln, ein besonders günstiger dazu ist. Syphilitische Säuglinge und scrophulöse Kinder sind beide selten frei von Nasenkatarrh. Die Schneider'sche Membran ist dabei nicht allein geschwollen, roth und mit Schleim belegt, sondern auch häufig der Sitz oberflächlicher Erosionen und Verschwärungen. Bei Beiden tritt oft Anschwellung der Oberlippe, bei den Einen mit Bildung

von Schrunden und kondylomähnlichen Wülsten, bei den Andern von dicken braunen Ekzem-Borken ein.

Bei heftigen langdauernden Katarrhen bekommt die Absonderung einen eitrigen Charakter. Das durch Krusten abgesperrte Secret zersetzt sich leicht. Schon die gewöhnliche Luft, noch mehr die feuchter Kellerwohnungen führt reichlich Keime von Gährungserregern zu; für gewöhnlich werden dieselben mit dem Secrete wieder hinweggespült, in solchen Fällen gewinnen sie Zeit, ihre Wirksamkeit zu entwickeln: der Ausfluss wird zersetzt und übelriechend. Auf Geschwüren und blossgelegten Sequestern haften solche Zersetzungserreger besonders fest, hier ist übelriechender Ausfluss, mit Blut und Gewebsresten gemengt, ganz gewöhnlich.

Solche chronische Katarrhe bedürfen einer genauen Untersuchung, um zu erfahren, ob sie nicht mit Geschwürsbildung oder diphtheritischen Belegen einhergehen, ob nicht Fremdkörper oder Polypen sie bedingen. Ich bediene mich dazu eines dreiblätterigen, von Lüer für die Tracheotomie angegebenen Dilatatoriums. Während dieses mit der linken Hand, den Griff nach oben geführt, an dem gut fixirten Kopfe das eine Nasloch erweitert, wirft die rechte Hand mittelst eines Beleuchtungsspiegels Sonne oder starkes Lampenlicht hinein. Man sieht auf diese Weise ein Stück der Scheidewand, der unteren und mittleren Muschel und der hinteren Rachenwand. Solche chronische Katarrhe können durch die Anwesenheit von Polypen unterhalten werden; noch viel häufiger geben sie zu deren Entstehung Veranlassung. Die Durchgängigkeit der Nasenkanäle wechselt dabei ungemein, nicht allein je nach der Anhäufung von Schleim, sondern auch wegen der sehr rasch, sehr bedeutend und schnell vorübergehend erfolgenden Schwellung der Schleimhaut, die durch die Venenplexus an der unteren Muschel ermöglicht wird.

Fig 30.



Einblick in die Nasenhöhle eines gesunden Kindes bei concentrirter Sonnenbeleuchtung. Der helle halbmondförmige Streif zwischen Septum und mittlerer Muschel gehört der hinteren Rachenwand an. Die obere der drei Branchen des Dilatatoriums verdeckt einen Theil der Grenze zwischen mittlerer und unterer Muschel.

Die Behandlung zerfällt in die örtliche und allgemeine. Oertlich muss man jeder Anhäufung des Secrets durch indifferente Einspritzungen (3/4 % Salzlösung oder Milch mit Wasser) vorbeugen,

übelriechende Beschaffenheit des Ausflusses durch Anwendung von übermangansaurem Kali, Chlor oder Höllenstein in dünner, wässeriger Lösung beseitigen, endlich austrocknende Mittel (Tannin, Alaun, Höllenstein) in geeigneter Form einpinseln, einblasen oder einspritzen. Zu Ausspülungen eignet sich vortrefflich die Th. Weber'sche Nasendouche, wenigstens bei schon etwas verständigen Kindern. Doch achte man auf freien Abfluss der Spülflüssigkeit durch das andere Nasenloch, da sonst leicht durch Eindringen des Wassers und Eiter's in die Tuba Entzündung der Trommelhöhle verschuldet werden kann. Liegt Syphilis zu Grunde, so sind je nach dem Stadium derselben Quecksilber oder Jodpräparate anzuwenden. Besonders oft sieht man von Jodeisen günstigen Erfolg. Liegt Scrophulose zu Grund, so sind jodhaltige Mineralwasser, Jodeisen oder Leberthran indicirt.

II. Nasenbluten, Epistaxis, Rhinorrhagie.

Bei Neugeborenen kommt dieses Symptom nicht, bei Säuglingen selten vor, seine grösste Häufigkeit unter allen Altern fällt gegen die Grenze des Kindesalters hin. Seine nächste Begründung liefern Erkrankung oder Verletzung der Gefässwände und abnorme Höhe des Seitendruckes in den Gefässen. Dauernde oder vorübergehende hämorrhagische Diathese (Hämophilie, Scorbut), Geschwüre und Neubildungen in der Nase, Verletzungen der Schleimhaut mit Nägeln, durch spielend eingebrachte Fremdkörper gehören der ersten Reihe an.

Durch abnorme Blutdruckverhältnisse entsteht das Nasenbluten der Herzkranken, im Beginne fieberhafter Krankheiten (acute Exantheme, Typhus, Wechselfieber), im Hustenanfalle (Pertussis), endlich dasjenige Nasenbluten, das gesunde Kinder gegen Ende der Schuljahre oft betrifft und durch Reichlichkeit und Häufigkeit Grund zu Besorgnissen gibt. Es tritt bei Knaben weit öfters als bei Mädchen auf und hat gewöhnlich noch einige andere, weniger auffällige Symptome zu Begleitern: häufigen Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen, Aufgeregtheit, lebhaftes Träumen. Der Zusammenhang zwischen diesen congestiven Hirnsymptomen und der Blutung aus der Nasenhöhle erklärt sich leicht dadurch, dass die Ethmoidalis ant. aus der Art. ophthalmica entspringt. Die sitzende Stellung in der Schule, die dadurch bewirkte Behinderung des Athmens und des Kreislaufes, übertriebene geistige Anstrengungen, wohl auch manchmal rasches Wachsthum und starke Ernährung des Körpers führen

diesen Zustand herbei. Unterbrechung des Unterrichts, grössere Fussreisen, überhaupt viel Aufenthalt im Freien helfen auf die Dauer. Für den Augenblick wendet man an bei heftigem Nasenbluten kalte Umschläge auf den Nasenrücken, Einziehen von kaltem Wasser, Schnupfpulver von Tannin, Gm. Kino, Alaun oder Eisenvitriol, verdünnt durch Stärke, Gm. arabicum oder Zucker. In den schlimmsten Fällen ist die Ausfüllung des unteren Nasenganges mit Charpie nothwendig, die in verdünnte Eisenchloridlösung oder andere Styptica getaucht ist. Man führt zuerst ein Bündel gelegter Charpie ein, um das ein langer Faden gebunden ist, stösst dasselbe in den hintersten Theil des unteren Nasenganges und befestigt den Faden an der Backe. Dann werden Charpiekugeln eingeführt, bis der Gang in voller Ausdehnung angefüllt ist.

B. Kehlkopfskrankheiten.

Seit Einführung des Kehlkopfspiegels hat sich die Zahl der bekannten Erkrankungen dieses Organes wesentlich vermehrt. Früher seltene Formen sind häufig gefunden worden, vorzüglich aber wurden die Kehlkopfskrankheiten einer weit genaueren Erforschung zugänglich gemacht. Auch bei Kindern ist der Spiegel anwendbar, es bedarf nur grösseren Geschickes und längerer Zeit, um ihn mit Erfolg einzuführen. In Folge der Kenntniss des laryngoskopischen Befundes hat man eine Menge von Symptomen functioneller Art weit genauer verwerthen gelernt. Diese functionellen Störungen bilden, entsprechend den normalen Verrichtungen des Organes, 4 Reihen. Sie betreffen den Kehlkopf als Stimmbilder, als Leitungsrohr des Athmungsstromes, als Theil der Wand des Schlingapparates und als Hüter des Respirationsapparates gegen das Eindringen von Fremdkörpern. Trotzdem man nun die einzelnen Formen gestörter Stimmbildung, geräuschvolle Athemnoth, häufiges Fehlschlucken und Schmerzen beim Schlucken weit besser und weit mehr im Einzelnen verwerthen gelernt hat, gibt doch in allen schwierigen Fällen die Spiegeluntersuchung allein entscheidende Aufschlüsse über die pathologischen Zustände des Kehlkopfes. An die diagnostischen Fortschritte auf diesem Gebiete reihte sich alsbald die von B r u n s begründete operative Behandlung vieler Kehlkopfskrankheiten, die Inhalationstherapie und manche andere Methode, Medicamente direct oder indirect auf den Kehlkopf einwirken zu lassen.

I. Acuter Katarrh.

Schon im Kindesalter spricht sich bei einzelnen Persönlichkeiten besondere Neigung zu katarrhalischen Erkrankungen aus. Es sind dies meist schwächliche, schlecht genährte Kinder, die von kränklichen Eltern stammen, selbst viel krank waren, oder solche, die von Luftzug und Kälte in zu ängstlicher Weise fern gehalten wurden. Organische Fehler, die zu überwiegendem Athmen durch den Mund zwingen, können auch dazu disponiren. Primäre Katarrhe entstehen durch Erkältung, Ueberanstrengung des Organes, am Häufigsten durch Einathmen chemischer oder mechanischer Entzündungsreize. Im Hochsommer und bei der stärksten Kälte des Winters liegen die Maxima des Vorkommens katarrhalischer Zustände. Secundäre Katarrhe begleiten Masern, Keuchhusten und andere Allgemeinkrankheiten, ferner die geschwürigen und neoplastischen Kehlkopfkrankheiten.

Die anatomischen Veränderungen, die Katarrh verursacht, lernt man besser bei der Spiegeluntersuchung, als am Sectionstisch kennen, wo sie nur verblasst zur Anschauung kommen. Schon bei der Untersuchung des Rachens, der regelmässig miterkrankt ist, fällt die stärkere Schwellung und Röthe der Schleimhaut, einiges Hervortreten der Tonsillen, Oedem der Spitze des Zäpfchen auf. Die hintere Rachenwand erscheint bald trocken, wie gefirnisst, oder uneben durch Anschwellung ihrer Schleimdrüsen, oder mit Schleimstreifen belegt. Mittelst des Spiegels sieht man die Papillen des Zungenrandes geschwollen, ebenso Kehldeckel, aryepiglottische Falte und Taschenband verdickt und dunkelroth. Die Stimmbänder behalten in leichteren Fällen ihre weissgelbe Farbe bei, in schwereren sieht man vom Stimmfortsatze aus eine fleckig-streifige Röthe beginnen, die sich binnen kurzer Zeit der ganzen Schleimhaut mittheilt und dann sehr bald mit einzelnen dunkleren Puncten untermischt wird, die von Extravasat herrühren. Kleine Extravasate finden sich auch noch an anderen Stellen der Schleimhaut zerstreut und zwar besonders da, wo die Theile starker Spannung oder häufiger gegenseitiger Berührung ausgesetzt sind. An letzteren Orten erscheinen auch häufig streifenförmige Epithel-Abschürfungen, die sich leicht zu seichten Geschwüren vertiefen können. Eine zweite Art von Geschwüren von runder, kraterartiger Form entsteht von überfüllten Schleimdrüsen aus. Auch sie findet sich nur ausnahms-

weise. Die Bewegung der Stimmbänder erscheint im Ganzen weniger lebhaft. Bald sieht man, dass sie beim Uebergang zum ruhigen Athmen langsam und ungenügend nach Aussen sich drehen, bald dass beim Schlusse eine elliptische oder nach Hinten breitere dreieckige Spalte zwischen ihren Rändern offen bleibt. Bei recht heftigen Katarrhen finden sich die aryepiglottischen Falten, die Taschenbänder und die Falte der hinteren Kehlkopfswand, mitunter auch der Kehldeckel um ein Bedeutendes verdickt, von blass rothem, durchscheinendem Aussehen.

Geringfügige Fiebersymptome leiten den Gang der Erkrankung ein; Temperatur und Puls steigen etwas, besonders am ersten Abend, mitunter auch noch am zweiten und dritten; Frösteln, Unbehagen, unruhiger Schlaf, mehr Durst entsprechen der Fieberhöhe. Dann kommen die Erscheinungen des Nasen-, Rachen- und Augenkatarrhes zum Vorschein. Mit oder nach diesen, seltener ohne dass sie da waren, stellt sich Hustenreiz, Kitzeln, Trockenheit, Gefühl von Wundsein am Kehlkopf, ein und die Stimme wird heiser. Als nähere Ursache dieser Heiserkeit können erkannt werden: Anschwellung der Taschenbänder, so dass sie hervortreten, sich auf die Stimmbänder legen und deren Schwingungen stören, Wulstung der Falte an der hinteren Kehlkopfswand, die den Schluss der Glottis intercartilaginea verhindert, entzündliche Lähmung der Stimmbandspanner oder in rasch vorübergehender Weise Schleimbeleg der Stimmbänder. Nachdem der Hustenreiz einige Stunden oder Tage gedauert hat, stellt sich Absonderung ein: glasiger Schleim, mit Epithelien gemengt, durchscheinend, später durch Eiterkörperchen trüb und gelb, wird abgesondert, heraufgehustet und verschluckt. Dem Geräusch des Hustens wird dadurch ein feuchterer Klang ertheilt und Rasselgeräusche mischen sich bei. Während die Absonderung in den nächsten Tagen reichlicher ausfällt, wird auch die absondernde Fläche ausgedehnter, indem der Katarrh, nach Abwärts vordringend, Trachea und Bronchien mitergreift. Nach wenigen Tagen schon mindert sich die Heiserkeit, der Husten dauert länger an und verliert sich nach und nach. Der Katarrh heilt oder wird chronisch, oder es treten in den seltensten Fällen Complicationen hinzu, die Erstickungsgefahr herbeiführen.

Um Katarrhe zu verhüten, ist Abhärtung das beste Mittel, wenigstens bei gesunden Kindern. Je mehr man diese an Flanell und warmes Wasser gewöhnt, um so sicherer führt man sie Katarrhen entgegen. Bei solchen, die an Rachitis, Scrophulose und

ähnlichen zu Katarrhen disponirenden Krankheiten leiden, kann während der dadurch bedingten roborirenden Behandlung einige Schonung und Verzärtelung nöthig werden. Aber auch da sind Stubenluft und Federbetten nachtheiliger als Zugwind und vorübergehendes Blossliegen. Die Behandlung hat die Ursachen zu berücksichtigen. Wo Staubeinathmung zu Grunde liegt, leisten indifferente oder leicht adstringirende Einathmungen die besten Dienste. Wo stärkere, entzündungserregende Reizungen den Kehlkopf trafen, sind kalte Umschläge und nöthigenfalls einige Blutegel aussen am Hals am Platz. Nach Erkältungen lässt man reichlich lauwarme Getränke nehmen, Fliederthee, Selterserwasser mit Milch oder dergl. In zweiter Linie sind die Symptome massgebend für die Behandlung. Heftiger Hustenreiz wird durch kleine Dosen Morphium oder Pulvis Doveri beschwichtigt. Löst sich der Auswurf schwer, und verursacht er starke Hustenanstrengungen, so erleichtern Einathmungen von ½—1% Kochsalz-, Salmiak- oder Sodalösung, auch innerlich werden mit Vortheil Alkalien und Ammoniakpräparate angewandt. In späterer Zeit beseitigen adstringirende Einathmungen die zu lang dauernde Absonderung der Schleimhaut.

II. Pseudo-Croup.

H. Rühle: Die Kehlkopfskrankheiten. Berl. 1861. p. 80.
N. Friedreich: Virchow's Handbuch. V. p. 423.
Guersant d. V.: Dictionnaire des sciences médicales. »Art. Croup.«
C. Gerhardt: Der Kehlkopfscroup. Tüb. 1859. p. 55.
Piedvache: Rev. de thérap. méd.-chir. 6—8. 1857. Schmidt's Jahrb. 96. p. 59.
Chatelain: Ibid. 10. Ibid. p. 60.
Kerli: Deutsche Klinik 1858, 5—7. Schmidt's Jahrb. 98. p. 198.

Jeder Katarrh kann durch intensive und fortdauernde Einwirkung des Entzündungsreizes, der ihn verursachte, zu solcher Höhe gedeihen, dass die ohnehin enge Kehlkopfshöhle, durch die Anschwellung der Schleimhaut verengt, nicht mehr Athmungsluft genug durchlässt. Das Athmen wird dann tönend, der Husten bellend, der Puls wird klein und schnell, die Venen füllen sich stark mit Blut. Rasch eintretende Kohlensäurevergiftung kann, während die Krankheit von Anfang ungefährlich aussah, den Tod herbeiführen oder wenigstens die Tracheotomie nöthig machen. Diesen Fällen, die man ganz wohl als Katarrh mit hinzutretendem Glottisödem bezeichnen kann, stehen andere gegenüber, die sich dadurch aus-

zeichnen, dass ein Kind während mehrerer Jahre durch jeden, oder beinahe jeden frischen Katarrh in Erstickungsnoth versetzt wird. Man kann dies nicht wohl als Idiosynkrasie bezeichnen; es ist ein krankhafter Zustand des Kehlkopfes, der nicht allein vorübergeht, sondern auch künstlich beseitigt werden kann. Es sind meist ganz gesunde, nur zu Katarrhen geneigte und eben desshalb etwas verzärtelte und gegen Temperaturwechsel empfindliche Kinder, die dies merkwürdige Uebel zeigen. Die meisten meiner Beobachtungen betreffen Knaben zwischen 2 und 10 Jahren und zwar, wie dies auch von vielen Seiten bestätigt wird, vorwiegend die Kinder wohlhabender Eltern.

Der Gang ist regelmässig der, dass nach irgend einer Erkältung, nach lebhafter Körperbewegung oder dergl. ein Schnupfen gewöhnlicher Art sich entwickelt. Gewöhnlich in der ersten Nacht, seltener erst in einer der nächsten wird der Athem des Kindes mühsam, hörbar, lauttönend. Der Kranke wird durch die rasch ansteigende Athemnoth geweckt, hustet stossweise, trocken, pfeifend, klagt mit heiserer, krähender Stimme über Angst und Beklemmung. Man findet den Puls schnell und klein, die Respiration langsam, bei der In- und Exspiration tönend, von bellendem Husten unterbrochen, die Hilfsmuskeln in Thätigkeit, inspiratorische Einziehung längs des Diaphragmas, das Gesicht gedunsen, blauroth, angstvoll, die Venen stark geschwollen. Der Rachen zeigt sich bei der Besichtigung katarrhalisch entzündet, ohne Spur von Pseudomembran. Am Unterkieferwinkel und Halse fehlt die dem wahren Croup entsprechende Lymphdrüsenschwellung, die Temperatur ist wenig erhöht. — Dieser Croupanfall, wie man ihn nach den Symptomen mit Recht bezeichnet, dauert eine halbe bis sechs Stunden, meist 2—3 an, und endet mit reichlicher Transspiration, feucht rasselndem Husten, Mattigkeit und Schlaf. Das tönende Athmen verliert sich, die krampfhafte Respiration geht in angestregte über, der zuvor angstvoll aufgeregte Gesichtsausdruck wird ruhig. Am anderen Morgen sind die gewöhnlichen Symptome des Katarrhes vorhanden, ausserdem etwas Heiserkeit, noch gedunsenes Aussehen des Gesichtes, und als Beweis für die starke Stauung des Blutes in den Venen, bei einzelnen Kranken eine Menge von Extravasatpunkten im Gesichte.

Von da an bringt jeder neue Katarrh einen solchen Anfall. Ich kenne einen Knaben, der im Laufe von 6 Jahren deren über 50 gehabt hat. Mit dem Eintritte jenes rascheren Wachsthums,

das im 12. bis 15. Jahre die Kehlkopfshöhle so erweitert, dass die Stimmbänder von 10 Mm. Länge bei Knaben auf 17, bei Mädchen auf 13 wachsen, verliert sich spätestens diese Disposition. Wenn dies geschieht, treten seltener frische Katarrhe ein, nicht jeder bringt einen Anfall, und die Anfälle sind schwächer und dauern kürzer.

Die Unterscheidung von Diphtheritis des Kehlkopfes kann bei den ersten Malen schwer fallen. Obwohl das Fehlen der Rachenerkrankung, der Drüsenschwellung am Hals und der starke Katarrh, der vorausging, starke Anhaltspuncte für die Diagnose des Pseudo-Croups bilden, so wird man doch gut thun, bei den ersten Malen die Entscheidung von der Wirksamkeit der Mittel und von dem Verlauf der Krankheit abhängen zu lassen. Als Hauptunterschied ist festzuhalten, dass eine andauernde Verschlimmerung von mehr als 36 Stunden entschieden für die Diagnose der Diphtheritis spricht, während beim Pseudo-Croup gewöhnlich schon am andern Morgen völliges Wohlsein Platz gegriffen hat.

Der Verlauf ist fast jedesmal in der hier geschilderten Weise günstig, doch ist man schon zu künstlicher Eröffnung der Luftwege genöthigt gewesen, und bei einzelnen Kranken hat auch diese nicht mehr das Leben zu retten vermocht.

Um den einzelnen Anfall zu beseitigen, werden sowohl Narkotica, als auch Reizmittel und Nervina empfohlen, je nachdem man die Krankheit als Krampf oder Lähmung der Kehlkopfsmuskeln auffasst. Es ist nicht schwer, sie alle hilfreich zu sehen, da die Krankheit in mindestens 99 % der Anfälle ohnehin günstig endet. Wenn man die Annahme einer beim Katarrh so reichlich und rasch geschehenden Exsudation zu Grunde legt, dass auf kurze Zeit ödematöse Schwellung der Schleimhaut eintritt, bis die Flüssigkeit an die Oberfläche gelangt ist und dort herausbefördert werden kann, so wird man auch die folgenden Mittel für gerechtfertigt halten dürfen. Ich lasse im Beginne des Anfalls einen Senfteig in die Gegend des Brustbeingriffes legen und glaube damit manchmal den Anfall coupiren zu können. Es ist dies eine Ableitung, von der man annehmen darf, dass sie Hyperämie und Exsudation im Kehlkopf vermindert. Noch wirksam werden in der gleichen Richtung kalte Umschläge und Eisgurgelwasser sein. Nimmt dessen ungeachtet die Heftigkeit des Anfalles noch längere Zeit zu, so setzt am Sichersten ein Brechmittel den Blutdruck herab und bewirkt ablenkende Ausscheidungen im Darmkanal. Die Wirkung der als Hausmittel sehr üblichen heissen Milch kann man sich nur so erklären,

dass dieselbe, wie heisse Getränke überhaupt, Herzschlag und Blutdruck steigern und rascher das flüssige Exsudat zur Absonderung an der Oberfläche gelangen lässt. Bleiben diese Mittel fruchtlos, treten die Erscheinungen der Kohlensäurevergiftung ein, so muss die Tracheotomie gemacht werden. Wenn man annimmt, dass der Anfall ziemlich unabhängig von den angewandten Arzneimitteln einen günstigen Ausgang zu nehmen pflegt, so bleibt die wichtigere Aufgabe die, dem Wiedereintritt entweder frischer Katarrhe oder wenigstens der Stickanfälle vorzubeugen. Untersucht man solche Kranke ausserhalb des Anfalles laryngoskopisch, so zeigt sich weder eine merkliche Verengerung des Kehlkopfes, noch sonst eine gröbere Störung der Structur. Ich bin zuerst durch Rauchfuss darauf aufmerksam gemacht worden, dass ein chronischer Katarrh des Rachens und des Kehlkofseinganges zu Grunde liege. Seither habe ich in der That leichte Gefässerweiterungen in dem erwähnten Bezirk und granuläre Beschaffenheit der hinteren Rachenwand in keinem der untersuchten Fälle vermisst. Noch mehr, die darauf hin eingeleitete Einathmung von ½—1 % Alaunlösung hat acute Katarrhe seltener gemacht und die Anfälle ganz beseitigt. In einem Fall kehrten sie nach längerem Aussetzen der Einathmungen wieder und hörten nach deren Wiederaufnahme gänzlich auf.

III. Chronischer Katarrh.

Das Kindesalter ist im Ganzen nicht häufig davon heimgesucht. Die Kehlkopfschleimhaut zeigt verschiedene Grade von Röthe bis zu eigentlich blassem Aussehen, daneben aber immer einzelne erweiterte Gefässe, die namentlich auf den Stimmbändern und an den aryepiglottischen Falten sich deutlich ausprägen. Bei längerer Dauer wird namentlich ihr Epithel verdickt, und es treten umschriebene Hypertrophien des submucösen Gewebes auf (polypoide Anschwellungen, Türck). Bisweilen kommt es zur Entwicklung kleiner Varices auf den Stimmbändern, zu papillenartigen Auswüchsen, kleinen Cysten der Schleimdrüsen, zur gleichmässigen Verdickung der Stimmbänder.

Im Allgemeinen liegen häufige, heftige Einwirkungen der Ursachen, die den acuten Katarrh erzeugen, dem chronischen zu Grunde. Nur einige wichtige Ursachen treten noch hinzu: angestrengte Function des Kehlkopfes, Residuen acuter Entzündungen schwerer Art und Circulationsstörungen von benachbarten Organen

aus. Chronischer Katarrh oder dessen erwähnte Endproducte finden sich öfters bei Kindern, denen aus mangel- oder fehlerhafter Erziehung lautes Schreien zur Gewohnheit wurde, nach zu angestrengtem Gesangunterrichte, besonders oft bei Currendeschülern. Von Croup, Masern, Keuchhusten bleibt in einigen Fällen Heiserkeit zurück, die durch das ganze spätere Leben dauern kann und gewöhnlich auf Adenomen, Varicen u. dergl. beruht, wovon man annehmen darf, dass ein chronischer Katarrh den Anfang gebildet habe. Endlich bewirken Geschwülste benachbarter Organe (Struma, Thymus, Bronchialdrüsen), Stauungshyperämieen im Larynx, durch deren Einfluss acute Katarrhe in chronische übergehen und als solche andauern.

Das Hauptsymptom des chronischen Katarrhes bildet die Heiserkeit, die in den verschiedensten Graden entwickelt und bald ganz unregelmässigen, bald gewissen Regeln folgenden Steigerungen unterworfen sein kann. Formen derselben, die von Schleimbelag der Stimmbänder abhängig sind, erfahren durch Secretanhäufung während des Schlafes des Morgens eine Steigung. Formen, die auf feineren oder auch grob mechanischen Bewegungsstörungen der Stimmbänder beruhen, gestalten sich in Folge der Ermüdung gegen Abend am Schlimmsten *). Schlingbeschwerden, Athemnoth sind selten vorhanden; selbst wo letztere sichtlich besteht, haben sich die Kranken so daran gewöhnt, dass sie Nichts davon zu wissen angeben. Husten fehlt selten, oder er ist lose und nur in dem Maasse vorhanden, in dem Schleim auszuhusten ist. Die Spiegeluntersuchung sichert die Diagnose und gibt deren Einzelheiten zu erkennen. Neben stärkerem Schleimbelag der Theile und stellenweiser Gefässerweiterung zeigt sie bald gleichmässige, sammtartige Schwellung der Stimmbänder, bald flache, röthliche Wülste an den Taschenbändern, bald weissliche Epithelverdickung an einzelnen Stellen.

Die Spiegeluntersuchung sichert namentlich gegen die Verwechslung mit eigentlichen Kehlkopfsgeschwülsten und Stimmbandlähmung. Geschwürige Processe, von Syphilis oder Tuberculose herrührend, lassen sich schon leichter aus anderweiten Zeichen ver-

*) Wie mächtig der Einfluss der Stimmbandmuskeln selbst bei groben Hindernissen der Stimmbildung sei, habe ich vor einigen Jahren von einem Theatersänger erfahren, der, mit einem kleinen Adenom des Stimmbandrandes behaftet, von seinem Arzte mittelst cutaner Faradisation behandelt worden war. Er versicherte, nach jeder Sitzung einige hohe Töne, die vorher versagten, auf ca. 3—6 Stunden wieder in seine Gewalt bekommen zu haben.

muthen, werden jedoch nur auf diesem Wege ganz sicher nachgewiesen.

Wo angreifbare Ursachen vorliegen, müssen diese zunächst berücksichtigt werden. Gelegenheiten zu öfteren Erkältungen, rauchige Stubenluft, forcirte Singübungen geben solche Angriffspuncte. Von inneren Mitteln wendet man die Alkalien (Emser Wasser, Kali carbon., Natr. bicarbon.), Ammonikalien (Salmiak, Ammon solut. anisat.), Schwefelalkalien (Weilbacher Wasser, Kalium sulphurat.) an. Die Hauptrolle spielt immer die örtliche Behandlung. Gegen die Gefässerweiterung und sammtartige Schwellung der Schleimhaut wirken namentlich Alauneinblasungen und Betupfung mit Höllensteinlösung günstig. Letztere wird mittelst eines an einer gekrümmten Fischbeinsonde befestigten Schwammes mit 1—5 % Lösung ausgeführt. Umschriebene Wulstungen werden chemisch oder galvanokaustisch zerstört oder mit dem Messer scarificirt. Leichtere diffuse Erkrankungen sind noch der Inhalationstherapie (Höllenstein, Alaun, Tannin) zugängig. Oft bedarf man zurückbleibender Stimmbandschwäche halber auch noch der nachträglichen elektrischen Behandlung.

IV. Croup, Diphtheritis laryngis, Laryngitis fibrinosa.

Bartels: Beobachtungen über die häutige Bräune. Deutsches Archiv für klin. Med. II. p. 367.

Ziemssen: Ein laryngoskopirter Croupfall. In Greifsw. med. Beitr. Bd. II. p. 123.

M. Bartels: Tracheotomie bei Diphtheritis. Jahrbuch für Kdrkrhtn. V. S. 402.

Bohn: Die Croupepidemie 1856—57 in Königsberg.

C. Gerhardt: Der Kehlkopfscroup. Tübingen 1859.

A. Biermer: Zur Behandlung des Kehlkopfscroups mittelst Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten. Schweiz. Zeitschr. f. Heilkunde III. p. 157.

Fr. Pauli: Der Croup. 2. Aufl. Würzb. 1865.

Die Benennung Croup ist schottischen Ursprunges und bezieht sich auf die Art der Stimme und des Athmungsgeräusches, welche bei dieser Krankheit beobachtet werden. Die anatomischen Eigenthümlichkeiten derselben wurden zuerst von Ballou (1576) beschrieben.

Der von manchen Seiten gerade für die Zustände, die sich am Kehlkopfe vorfinden, sehr lebhaft betonte Unterschied zwischen Diphtheritis und Croup lässt sich meiner Ansicht nach gegenwärtig

nicht mehr aufrecht erhalten. Anatomisch suchte man ihn dahin zu definiren, dass die diphtheritischen Membranen noch in die Schleimhaut eingreifen und fest anhaften, die croupösen lose aufliegen und sich leicht abtrennen lassen, ohne Verschwärung zu hinterlassen. Nach dieser Auffassungsweise würde man fast bei jeder Section Diphtheritis des Kehlkohfes in Croup der Trachea continuirlich übergehen und aus denselben Ursachen hervorgehen sehen. Auch der Versuch einer ätiologischen Trennung in der Weise, dass die ansteckende, die epidemische Form Diphtheritis, die sporadische Croup wäre, lässt sich nicht consequent durchführen. Ich selbst habe ein ausgezeichnetes Beispiel von Contagiosität eines sporadischen Falles gesehen und beschrieben. Man muss annehmen, dass eine und dieselbe Krankheit durch unbekannte Hülfsursachen an manchen Orten andauernd mit Erfolg übertragen werde (endemischer Croup am Weener-See), an den meisten andern Orten nur vorübergehend ein günstiges Feld ihrer Ausbreitung finde (epidemischer Croup), andere Male auf wenige Fälle beschränkt bleibe (sporadischer Croup). Der Vorschlag durch Ansteckung entstandene und ansteckungsfähige Formen als Diphtheritis, Formen die auf rein localen Ursachen beruhen z. B. auf Einwirkung kaustischer Stoffe als Croup zu bezeichnen, hat eine gewisse innere Berechtigung, aber es ist schwer am Krankenbette damit zu rechnen, zumal die der Diphtheritis zu Grunde liegenden Spaltpilze noch sehr verschieden geschildert und abgebildet werden.

Kinder sind empfänglicher als Erwachsene, Neugeborene und Säuglinge machen eine Ausnahme von dieser Regel; am Meisten ist das Alter von 2—7 Jahren disponirt. Das männliche Geschlecht ist in allen Altern, mit einziger Ausnahme des ersten Lebensjahres, häufiger betroffen, als das weibliche. Scrophulöse Kinder werden besonders oft ergriffen; sie scheinen für das einmal in Verbreitung begriffene Contagium den günstigsten Boden abzugeben. Man findet desshalb bei den Sectionen Croupkranker verhältnissmässig oft chronische Katarrhe der Luftröhre und Verkäsung der Bronchialdrüsen. Einzelne Kranke besitzen eine besonders starke Aufnahmsfähigkeit für den Ansteckungsstoff, so dass sie unter den verschiedensten äusseren Verhältnissen immer wieder die auserlesenen Opfer der Diphtherits werden. Andererseits sind einzelne Häuser und Strassen, Orte und Landstriche wahre Brütheerde der Krankheit, sie besitzen in gewissem Maasse die Eigenschaft, den Krankheitsstoff zu fixiren und zu reproduciren. In grossen Städten und überall, wo die Men-

schen dicht gedrängt zusammen wohnen, sind die Entwickelungsbedingungen günstiger; das flache Land wird wenig betroffen, dagegen Kasernen, Armenquartiere um so häufiger. Die Kinder der Armen werden überhaupt mehr befallen, als die der Wohlhabenden. Das so häufige Erkranken mehrerer Kinder einer Familie mit oder nach einander erklärt sich leicht aus der Contagiosität, die durch zufällige Ueberimpfungen leider nur zu oft schon zur unzweifelhaften Anschauung gebracht worden ist. Der Ansteckungsstoff kann auch an Effecten haftend übertragen werden. Die Incubationsdauer beträgt etwa 3 Tage. Nach den Untersuchungen von Hüter, Tommasi, Letzerich, Oertel u. A. ist es kaum mehr zweifelhaft, dass ein Pilz der Erreger der Krankheit ist, und dass Keime desselben in das Blut aufgenommen werden. Wenn der Kehlkopfscroup fast immer im Anschlusse an Rachencroup auftritt, letzterer dagegen noch häufiger allein, so erklärt sich dies leicht daraus, dass die Krankheitskeime eingeathmet werden und zuerst auf den vorspringenden Theilen des weichen Gaumens, dann auf den vorspringenden Falten des Kehlkopfes sich absetzen. Secundär kommt die Erkrankung mit oder nach Scharlach, Masern, Keuchhusten und Pyämie vor. Bei Neugeborenen kann sie mit Syphilis im Zusammenhange stehen (Förster). Während Scharlach so sehr häufig Rachendiphtheritis bringt, rufen Masern, wenn sie überhaupt sich mit Diphtheritis verbinden, mehr die betreffende Krankheit des Kehlkopfes hervor d. h. das bei der betr. Krankheit ohnehin entzündete Organ nimmt die Diphtheritiskeime leichter auf und bringt sie zur Entwicklung.

Bei den Sectionen findet man die Kehlkopfschleimhaut im Ganzen geschwellt und stark geröthet, an einzelnen Stellen oder in voller Ausdehnung mit einer weissen, seltener durch Verunreinigung grau oder braun gefärbten Membran ausgekleidet, deren Dicke von der eines feinen Postpapieres bis zu mehreren Mm. wechselt. Auf der Rückseite dieser Membran findet man, auch wo sie sich leicht abziehen lässt, einige kleine Extravasatpuncte vor. Der Kehldeckel ist nur an seiner unteren, die Kehldeckelfalte nur an ihrer inneren Seite belegt. Zugleich zeigt sich diese Falte in leichtem Grade ödematös; auch die Schleimhaut des Kehldeckels kann an diesem Oedem Theil nehmen. Nach mehrtägiger Dauer ist die Trachea und ein Theil der Bronchien croupös erkrankt. Man findet dann in letzteren Organen die Exsudatröhren, in den feinsten Bronchien Exsudatcylinder sehr lose anliegen, während sie am Larynx sich

nur fetzenweise loslösen lassen. Eine Gruppe gleichzeitiger Befunde: intensiver Katarrh der von Diphtheritis freigebliebenen Theile der Respirationsschleimhaut, Atelektase, Bronchopneumonie, croupöse Pneumonie in den unteren Lappen und Lungenrändern, Emphysem der oberen Lungenlappen, subpleurales interstitielles Emphysem und subpleurale Ekchymosen, wird die Erklärung ihrer Zusammengehörigkeit aus der veränderten Athmungsweise Croupkranker finden. Die Lymphdrüsen des Halses, die submaxillaren sowohl, als die jugularen zeigen sich vergrössert, blassrosa. Reicht die Krankheit bis in die Bronchien, so sind auch die die Bifurcation umgebenden Bronchialdrüsen und die Pulmonaldrüsen hyperplastisch. Mit geringerer Regelmässigkeit zeigen sich entferntere Drüsen, wie die supraclavicularen und mesenterialen, sowie die solitären und agminirten Follikel des Darmes geschwollen. Die Milz dagegen ist etwas vergrössert, blutreich und zeigt sehr deutliche Malpighi'sche Bläschen. Endlich sei noch erwähnt, dass in den Nieren sich nur ausnahmsweise acute parenchymatöse Entzündungsformen vorfinden, wohl aber leichtere katarrhalische Veränderungen kaum fehlen.

Der Eintritt der Erkrankung, meistens allmählig erfolgend, selten durch Frost oder plötzliches Unwohlsein markirt, hat im Beginne nur leichte febrile und ausserdem die Erscheinungen des respiratorischen Katarrhes, besonders des Kehlkopfskatarrhs aufzuweisen. Unbehagen, erhöhter Durst, unruhiger Schlaf, Hitze der Haut stellen sich ein; Heiserkeit, Husten, Gefühl von Trockenheit und Kitzeln im Schlunde u. dergl. scheinen die Sache als Katarrh zu bezeichnen. Dieser prodromale Katarrh fehlt selten, allein er wird oft übersehen; seine Dauer ist sehr verschieden, bald einige Stunden, bald 3—4 Tage. Die Stimme verfällt dann mit dem Eintritte des zweiten Stadiums (der Stenose) mehr und mehr, wird lispelnd, dazwischen von hohen Fisteltönen unterbrochen, die Respiration wird erschwert. Die dyspnoischen Beschwerden pflegen zu dieser Zeit sich nicht gleichmässig, sondern anfallsweise zu steigern (sogen. Croupanfälle). Dabei wird die Respiration an Frequenz nur wenig gesteigert, die einzelnen Athemzüge, sowohl In- als Exspiration, oder nur einer beider Acte, werden laut hörbar, tönend (etwa wie wenn man i oder u aussprechen will und Luft einzieht), d. h. die Kehlkopfspalte ist jetzt verengt, und die bei angestrengten Respirationen durchtretende Luft verursacht lautes Stenosengeräusch. Die Respiration geschieht mit allen Zeichen äusserster Anstrengung, mit angestemmten Extremitäten, meist in auf-

rechter Stellung, mit geöffnetem Munde, lebhaft spielenden Nasenflügeln. Der Kehlkopf bewegt sich stark auf und ab, die Brust hebt sich ergiebig, allein unten am Thorax, am untersten Theile des Brustbeines und den benachbarten Rippenknorpeln findet mit jeder Inspiration eine Einziehung in Form einer Furche Statt, — ein Zeichen, dass durch die verengte Glottis nicht Luft genug eintritt, um den inspiratorisch erweiterten Brustraum auszufüllen. So kann durch den äusseren Luftdruck der Schwertfortsatz um 2″ der Wirbelsäule genähert werden. Gleichzeitig damit sinken die Schlüsselbeingruben und die Intercostalräume bei der Inspiration ein. Häufiger Husten von schrillem, krähendem Laute (den Manche als »Crouphusten« als charakteristisch für diese Krankheit ansehen) führt hie und da zur Expectoration zäher, schleimig-eitriger Sputa. Diese Symptome — Stimme, Respiration, Husten — gelten mit Unrecht bei Manchen für phathognomonische Zeichen des Croups: sie können alle bei einzelnen seltenen Fällen dieser Krankheit fehlen, sie finden sich häufig auch bei anderen stenosirenden Kehlkopfskrankheiten vor, und sie erweisen nur, dass eine Krankheit mit Verengerung der Glottis vorliegt.

Dass diese Krankheit auf croupöser Entzündung beruht, wird wahrscheinlich durch ihren acuten Verlauf, durch die Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen, wenn frisch entstanden, durch die Anwesenheit croupöser Exsudate am Racheneingange oder (selten) an anderen Stellen des Körpers, endlich dann, wenn erkennbare Fetzen von Pseudomembranen ausgehustet werden. Die Exsudate an den Tonsillen können fehlen und sollen dies in manchen Epidemieen oft, sie können spät zum Vorscheine kommen bei aufsteigendem oder sonst anomalem Gange der Krankheit. Das Aushusten von Pseudomembranen darf nicht in den ersten Tagen erwartet werden und wird oft überhaupt vergeblich erwartet. — Der Puls ist meist voll und beschleunigt, das Gesicht mässig geröthet, die Haut heiss, das ganze Wesen der Kinder verändert, z. B. die Stimmung traurig, launisch, alle Aufmerksamkeit auf die Krankheit gerichtet, so dass Alles sorgfältig vermieden wird, was dyspnoische Anfälle bringen könnte, — so von manchen selbst das Essen. Diese Anfälle, während deren die Kinder oft an den Hals greifen, als ob sie ein Hinderniss davon entfernen wollten, werden von Manchen ausschliesslich als Folge von Glottiskrämpfen angesehen, während Andere die Anfälle sowohl, als die Dyspnöe in der Zwischenzeit als Folge von Lähmung der Kehlkopfmuskeln betrachten, — beides

wohl nur in einer kleinen Minderzahl von Fällen mit voller Berechtigung, indess nach Bretonneau's und unserer, an einem anderen Orte ausführlicher motivirten Ansicht die Anfälle gewöhnlich dadurch zu Stande kommen, dass katarrhalisches Secret der Bronchien die verengerte Larynxspalte mit Schwierigkeiten passirt. — Selten tritt unter Rückbildung dieser Erscheinungen und günstiger Wendung der Krankheit nach mehrtägiger Dauer des zweiten Stadiums ein drittes einfach katarrhalisches ein, aus welchem allmählig der Uebergang in volle Genesung erfolgt. In drei Vierteln der Fälle ist das dritte Stadium ein anderes, ein Bote des Todes, ein Stadium der Asphyxie.

In diesem Falle dauern auch jetzt noch alle Zeichen der Larynxverengerung, sowie der croupösen Entzündung fort, nur mischen sich jene der Kohlensäurevergiftung hinzu. Das Gesicht wird blasser, gegen Ende bläulich oder bleifarben, die ängstlichen Züge desselben werden mehr gleichgültig und stumpf, das Auge verliert seinen Glanz, die Lider senken sich, der Puls verliert an Völle, wird dagegen sehr frequent und unregelmässig und aussetzend (mit der Inspiration unfühlbar); auch die Respiration wird frequenter und dabei nothwendig unvollständig und oberflächlich, alle Bewegungen matter, — die Intelligenz nimmt ab, bleibt jedoch in einzelnen Fällen auch erhalten oder steigert sich selbst in eigenthümlicher Weise; — endlich tritt Schlafsucht ein, die Extremitäten werden kühl, die Haut wird anästhetisch, selten gesellen sich am Schlusse noch Convulsionen hinzu. Man erklärt sich diese Scene durch die bei dem gehemmten Luftwechsel allmählig eintretende Kohlensäureintoxication des Blutes und noch etwa durch die Hemmung, die der Kreislauf durch fortwährende gewaltsame Respirationszüge erfährt. — Dieses letze Stadium dauert höchstens einige Tage.

Die laryngoskopische Untersuchung eines croupkranken Kindes wurde von Ziemssen vorgenommen. Er sah ausser der Röthe und dem Belage der übrigen Theile, dass die geschwollenen, exsudatbedeckten Stimmbänder unbeweglich standen, nach Vorne unmittelbar mit ihren Rändern aneinanderliegend, nach Hinten durch eine schmale Spalte von einander getrennt, die an der hinteren Commisur am Breitesten war. Es ergab sich ausdrücklich, dass diese Spalte mit der In- und Exspiration ihre Weite nicht änderte. Dieser Befund erklärt zunächst die gewaltsame Rückwärtsbeugung des Nackens, in der diese Kranken Erleichterung suchen. Werden die vor dem Larynx gelegenen Weichtheile

gespannt, und wird die Nackenwirbelsäule convexer, so wird das Knorpelgerüste des Kehlkopfes von Vorne nach Hinten plattgedrückt und dadurch die Spalte zwischen den Stimmbändern verbreitert.

Die Athmung wird durch die Verengerung des Kehlkopfes in der Art verändert, dass sämmtliche Hilfsmuskeln in Thätigkeit treten und mit möglichster Energie arbeiten. Dadurch entsteht schon im Beginne der Inspiration eine äusserst ergiebige Erweiterung des Brustraumes, zugleich, da die Luft nur spärlich durch den verengten Kehlkopf eindringen kann, eine entsprechende Druckverminderung innerhalb desselben. Dadurch wird auf der einen Seite das Zwerchfell, auf der anderen der Kehlkopf adspirirt, dieses bekommt einen höheren Stand trotz seiner inspiratorischen Contraction, jener erhält einen tieferen Stand, als ihn die Contraction der Muskeln zwischen Zungen- und Brustbein ohnehin bewirken würde. Zudem sinken die nachgiebigsten Stellen der Brustwand, die unteren wahren und oberen falschen Rippenknorpel ein, am Stärksten da, wo zugleich die Diaphragma-Contractionen auf sie einwirken. Während der Dauer der Inspiration strömt allmählig Luft ein, der Druck im Brustraume steigt und jene Adspirationserscheinungen nehmen ab. Auch die Exspiration wird von dem ganzen verfügbaren Muskelapparate vollzogen, sie treibt mit Geräusch die geringe im vorigen Acte aufgenommene Luftmenge wieder aus. In Folge des ungenügenden Luftwechsels steigert sich die Kohlensäureüberladung und Sauerstoffverarmung des Blutes, bis in Folge der letzteren die Reizbarkeit der Medulla oblongata abnimmt. Nun werden die Respirationen oberflächlich und frequent. Die oberen vorderen Theile der Lunge werden bei der Inspiration stark ausgedehnt, denn gerade hier findet kein Einsinken der Brustwand Statt; ebenso werden sie bei der Exspiration nochmals stark erweitert, denn hier liegen keine Exspiratoren, die anderen Theile der Lunge werden von solchen comprimirt und durch die Glottis kann die Luft nur langsam entweichen. Desshalb findet man bei den Sectionen Emphysem der oberen Lappen. Für die unteren Theile der Lunge verhält es sich gerade umgekehrt: sie werden bei der Inspiration nicht erweitert, denn gerade in dieser Gegend sinkt die Brustwand ein und das Diaphragma wird, wie man aus der Percussion des unteren Leberrandes erkennt, in die Höhe gezogen; bei der Exspiration aber empfangen sie den Druck der Bauchpresse aus nächster Hand; sie werden daher luftarm, zuerst an den hinteren Rändern, dann in grösserer Ausdehnung atelektatisch. Zu der Atelektase gesellt sich

Hyperämie und weiterhin Exsudation; innerhalb derselben entstehen lobuläre pneumonische Heerde (Bartels). Die peripheren lobulären Pneumonieen der Croupkranken sind darnach als Folge der Stenose, nicht als Fortleitung des Croupprocesses aufzufassen. Ausserdem kommen auch central gelegene Kerne und lobuläre Hepasitationen vor, die als croupöse, mit dem Croup der oberen Luftwege zusammenhängende Processe zu betrachten sind. Werden die Lungenränder mit atelektatisch, und wird das Herz durch die Adspiration des Blutes überfüllt, so erscheint die Herzdämpfung vergrössert. Werden diese Einflüsse durch die Tracheotomie beseitigt, so wird sie sofort wieder kleiner.

Die relative Verlangsamung der Respiration (Verhältniss zum Puls wie 1 : 4,5—6) ist bis jetzt noch nicht genügend erklärt. Von Reizung des N. laryng. sup. durch die Entzündung kann sie nicht herrühren, denn dann müsste sie nach der Tracheotomie fortbestehen und nicht dem entgegengesetzten Verhalten weichen. Weit wahrscheinlicher ist es, dass hier die von J. Breuer entdeckte Selbststeuerung der Lunge einen bestimmenden Einfluss ausübt.

Die Fieberbewegung ist noch nicht genügend untersucht. Eine Anzahl von Einzelmessungen, z. B. bei Bartels, Güterbock u. A. lehrt, dass die Temperatur bald bis zu gefährlicher Höhe (40—41° C.) ansteigt, in anderen Fällen ziemlich nieder bleibt. Fieberlose Fälle tödtlicher Stenose kommen vor (Loeb). Meistens wird 39,5 überschritten. Mehrere Tage nach dem Beginne, ja am 6.—9. Tage findet sich diese Höhe nicht selten. Die leichteren Formen der Rachendiphtheritis machen einen starken Fieberanfall von kurzer Dauer; auch der Croup beginnt mit Rachendiphtheritis, die sich dann (von Lewin laryngoskopisch beobachtet) auf den Larynx, nach mehreren Tagen auf die Trachea, dann auf die Bronchien und zwar vorzüglich auf die nach Hinten verlaufenden, ohnehin schon hyperämischen (Bartels) fortsetzt. Es findet eine fortwährende Adspiration des sich reproducirenden Contagiums nach immer tiefer gelegenen Theilen der Respirationsschleimhaut Statt. An den sich frisch entzündenden Theilen werden die fiebererregenden Stoffe ins Blut aufgenommen. Geschieht die Ausbreitung der Entzündung langsam, aber nicht so stetig, wie bei der Pneumonie, sondern schubweise, so erklärt sich die unregelmässige, aus steilen Bergen und dazwischen wieder normalen Stellen oder starken Remissionen sich constituirende Curve vieler Fälle; geschieht sie rasch in einem Zuge,

stark in die Mucosa eingreifend, so resultiren andauernd hohe Temperaturen, wie z. B. Bartels von Fällen erzählt, in denen er nur mittelst kalter Bäder die Temperatur unter 40° halten konnte. Fälle, in welchen 39° im Rectum nicht einmal erreicht wird, sind schon Ausnahmen. — Andauernd hohe Temperaturen sind prognostisch ungünstig, zeigen wenigstens ausser der Gefahr der Laryngostenose noch eine zweite an, die besondere Behandlung erfordert.

Das am Larynx entstehende Stenosengeräusch kann auch als Schwirren am Schildknorpel gefühlt werden. Es ist in- und exspiratorisch, zeigt also dauernde Stenose an, allein es ist bei der Exspiration etwas höher, wahrscheinlich weil durch das Hinaufrücken des Kehlkopfes die Luftsäule zwischen Glottis und Mund eine Verkürzung erfährt. Ein ganz gleiches Geräusch kann bei anderen Stenosen des Kehlkopfes, ein ähnliches bei Stenosen der Luftröhre oder des Rachens entstehen. Bisweilen stockt der Athmungsstrom und mit ihm das Geräusch plötzlich. Diese Erscheinung kommt fast nur bei der Exspiration vor und wird gewöhnlich bedingt durch die Anlagerung eines halb oder ganz lose gewordenen Membranstückes; sie kann natürlich durch Fremdkörper in den Luftwegen, gestielte Polypen, zähe geballte Auswurfklumpen gleichfalls hervorgerufen werden. Das Anschlagen dieser Körper an die untere Stimmbandfläche ruft einen bald auf die Athemstockung folgenden Hustenanfall hervor. Membranen werden schon sicherer angezeigt, wenn das Athmungsgeräusch nicht allein unterbrochen wird, sondern auch mit einem dumpfen, klappenden Tone endet. Der Hustenanfall kann sich hiernach zu einem Erstickungsanfall gestalten, der mit dem Tode enden kann, rückgängig werden kann, indem die Membran durch eine Inspiration wieder in die Trachea gezogen wird, meistens aber seine Lösung findet durch das Aushusten mit Schleim zusammengeballter Membranstücke. Entwirrt man diese und lässt sie in Wasser flottiren, so zeigen sie überraschend deutlich die Form ihrer Ursprungsstätte (Eindrücke der Trachealringe, der elastischen Züge der hinteren Bronchialwand etc.), und geben dadurch werthvolle Aufschlüsse über Dicke und Ausbreitung der Exsudation. Leider werden die Hoffnungen, die man an ihr Erscheinen knüpft, wenn sie das Gepräge der Kehlkopfswände tragen, nur selten erfüllt. Für die nächste Zeit ist der Durchgang freier, der Kranke erleichtert, bald aber bildet sich, wie man es am Rachen direct beobachten kann, an demselben Orte eine neue Membran und erschwert den Athem. — Ausser den dyspnoischen Anfällen, die durch Membranen

hervorgerufen werden, kommen noch andere vor, von denen sich nachweisen lässt, dass sie durch Sputa bedingt werden, die Bronchien, Trachea oder Larynx verengen oder verstopfen. Man muss die Schwäche des exspiratorischen Luftstromes berücksichtigen, um zu begreifen, wie hilflos die Kranken einem in die enge Glottis eingeklemmten Sputum gegenüber sind. Dass diese Anfälle durch Krampf oder Lähmung der Stimmbänder bewirkt würden, scheint mir durch den erwähnten laryngoskopischen Befund widerlegt zu sein. Eiweissgehalt des Harnes ist in den hochfieberhaften Fällen constant vorhanden, in den übrigen fehlt er bald, und zwar häufiger in den sporadischen, bald ist er vorhanden. Die Milz kann als vergrössert nachgewiesen werden.

Das erste Stadium der Krankheit, während dessen nur ein fieberhafter Katarrh besteht, dauert im Mittel 2—4 Tage (Charles Wilson). Das letzte der Asphyxie ist immer sehr kurz; es beträgt einige Stunden bis 2 Tage. Das zwischenliegende Stadium der Laryngostenose wechselt von 12 Stunden bis zu 14 Tagen in seiner Dauer. Fälle, in denen es weniger als 2 Tage beträgt, wird man immer als sehr acute bezeichnen dürfen. Sie sind meist ausgezeichnet durch kurze Dauer der Prodromi, Heftigkeit des Fiebers, schwere und fast gleichmässig andauernde Athemnoth. Fälle dagegen mit mehr als sechstägiger Dauer des zweiten Stadiums können als protrahirte bezeichnet werden. Sie haben niedere, schwankende Temperaturen, wechselnde, minder heftige Athemnoth, der Process verläuft hier schubweise mit fast freien Zwischenräumen. Eigentlich chronische Formen, wie sie bei Erwachsenen an den Bronchien öfter vorkommen, werden am Larynx nicht beobachtet. Je jünger die Kinder, um so rascherer Verlauf ist zu fürchten. Mit Zunahme der Jahre werden die protrahirten Fälle häufiger, die mehr Zeit lassen für eine erfolgreiche ärztliche Thätigkeit. Tritt Heilung ein, so ist sie meist eine vollständige; selten bleibt Heiserkeit in Folge narbiger Verengerung des Kehlkopfs zurück. Als Nachkrankheit werden, wie bei Diphtheritis überhaupt, Lähmungen, Wassersucht oder Blutleere beobachtet.

Die Prognose des Croup ist im Allgemeinen eine äusserst trübe, nur durch die besseren Behandlungsweisen und unter besonders günstigen Umständen werden mehr als 1/4 der Kranken gerettet. Im einzelnen Falle weisen namentlich kurze Dauer der Prodromi, Heftigkeit des Fiebers, frühzeitige Complication mit intensivem Katarrh oder Pneumonie auf einen raschen und ungünstigen

Gang der Krankheit hin. Die Herrschaft von Hospitalgangrän, puerperalen Entzündungsprocessen, Scorbut und dergl. verschlimmert nicht minder die Prognose. Endlich ist es noch von Werth, ob die Behandlung bald eingeleitet und namentlich auch in operativer Weise geführt werden darf.

Was die ärztliche Thätigkeit bei Croupkranken betrifft, so hat dieselbe zunächst eine möglichst frühzeitige und sichere Feststellung der Diagnose zum Zwecke. Diese wird erreicht durch Beachtung aller Momente, der allgemeinen epidemischen sowohl, als auch der speciellen des Falles. Niemals ist die Untersuchung der Rachenorgane, der submaxillaren Lymphdrüsen, des Ganges von Temperatur und Puls, die Durchsuchung der Sputa zu unterlassen.

Am Häufigsten wird der früher schon besprochene Pseudocroup verwechselt; dann kommen mit Rachencroup zusammen Formen katarrhalischer Kehlkopfsverengerung vor, die kaum anders als durch die Anwendung des Kehlkopfspiegels zu unterscheiden sein möchten. Hie und da können wohl auch Retropharyngealabscess, Syphilis, Perichondritis, Oedema glottidis als Croup imponiren, doch ist hier die Unterscheidung bei gewissenhafter Untersuchung nicht schwierig.

Die Prophylaxe ist mit der gleichen Sorgfalt, wie bei der Diphtheritis überhaupt zu üben, die curative Behandlung wird die besonderen Gefahren, die aus der Laryngostenose resultiren, zu berücksichtigen haben. Auch beim Croup ist es nöthig, wenn man früh hinzukommt, was von weissen Punkten oder Flecken an den Tonsillen sich findet, durch die Aetzung mit concentrirter Lösung zu zerstören und mit einer schwächeren mittelst einer Fischbeinschwammsonde gegen den Larynx vorzudringen. Man wirkt dadurch der Ausbreitung der Krankheit entgegen. Kali chloricum, oder Natr. bicarbon., oder Ferr. sesquichlor. innerlich, dann Eisumschläge aussen am Halse sind consequent zu gebrauchen. Dem speciellen Sitze muss man Rechnung tragen durch Anwendung von Inhalationen, die an sich schon den Vortheil haben, Schleim zu verflüssigen und die Luftwege auszuspülen, — wenn Kalkwasser oder kohlensaure Alkalien angewandt werden, lösend auf die Membranen wirken. Stockt der Auswurf, wird der Husten sehr heftig, der Athem knapp, so sind Brechmittel anzuwenden. Sie befördern Membran und Secret heraus und bringen das ödematöse Gewebe der Schleimhaut zum Abschwellen. Ob man Stibiokali tartar., Cupr. sulfur. oder Zinc. sulfur. dazu wählt, ist einerlei; das Mittel muss sicher, aber nicht zu nachhaltig wirken. In den ersten Tagen

der Stenose kann wiederholt davon Gebrauch gemacht werden, später wird man der Kräfte halber mehr damit sparen müssen. Treten Stickanfälle auf, wird der Puls aussetzend, das Colorit blau, so ist es Zeit, an die Tracheotomie zu denken. Dass diese Operation, rechtzeitig und mit aller Sorgfalt ausgeführt und nachbehandelt, bessere Resultate gibt, wie jedes andere Verfahren, zeigen die zahlreichen Berichte, welche in den drei letzten Bänden des Jahresberichtes von Virchow, Gurlt und Hirsch wiedergegeben sind. Bartels hatte bei den tracheotomirten Fällen $^{3}/_{4}$, bei den anderweit behandelten $^{7}/_{8}$ Mortalität, Böckel erzielte selbst bei der Hälfte der Tracheotomirten Heilung, Wilms in Betanien bei 103 unter 330. Man darf nur nicht glauben, dass diese Operation ein Heilmittel gegen alles das sei, was bei Croupkranken das Leben gefährdet; sie macht nur die Verengerung des Kehlkopfes unschädlich, ist aber unwirksam bei der intensiven Vergiftung des Blutes und hohen Fiebertemperaturen gegenüber. Sind vor der Operation die Veränderungen in der Lunge: Atelektase, Bronchiopneumonie der unteren und Emphysem der oberen Lappen zu weit gediehen, oder sind sehr viele Bronchien mit Croupmembranen und katarrhalischem Secret erfüllt, so stellt auch die Tracheotomie genügenden Gaswechsel nicht wieder her, und die Kranken ersticken, weil die Luft zwar zu ihrer Trachea, aber nicht zu den Alveolen freien Zutritt hat. Frühzeitige Tracheotomie verhindert den Eintritt jener secundären Lungenerkrankungen und gibt desshalb bessere Resultate. Von grossem Interesse für die Beurtheilung der Todesfälle nach der Tracheotomie sind die Messungen von Bartels, welche zeigen, dass wohl eine genügende Luftmenge durch die Canüle ausgeathmet werden konnte, aber dass dieselbe nur $^{1}/_{6}$ der ihr zukommenden Kohlensäuremenge enthielt. Man soll wo möglich vor dem dritten Stadium operiren, aber erst dann, wenn die Diagnose vollständig sicher gestellt ist, und wenn bei gewissenhafter Ueberlegung die Aussichten auf Heilung ohne Tracheotomie sehr gering erscheinen. Unter 2 Jahren sind die Erfolge sehr selten günstig. Doch sind neuerdings von Dujardin und Bourdillat Kinder von 1 J. und 10 M. v. Winiwater mit 10 Mon. mit Erfolg operirt worden. Epidemieen mit vorwiegend adynamischem Charakter können so schlechte Resultate in Aussicht stellen, dass man lieber das Messer unberührt lässt. Zur Operation braucht man mehrere Gehilfen, die das Chloroformiren besorgen, die Wundränder auseinander halten, den Schwamm führen etc. Man muss grössere Gefässe, sowohl Ar-

terien als Venen, bei Seite ziehen lassen oder unterbinden, doch aber mit der Stillung der Blutung sich nie lange aufhalten, da sie nach dem Einführen der Canüle ohnehin von selbst steht. Diese wählt man am Besten mit 1/6 Kreiskrümmung und gegen die Röhre beweglichem Schilde. In den nächsten Tagen muss ein geschulter Wärter um den Kranken sein und, so oft nöthig, die innere Canüle reinigen. Hochfieberhafte Fälle bedürfen methodischer Kaltwasserbehandlung, ähnlich wie Typhen. Bei jenen, die weder durch die Stenose noch durch den Grad des Fiebers, sondern durch die Erscheinungen einer schweren Blutvergiftung Gefahr drohen, versuche man Wein und Chinin.

In einer ziemlichen Zahl hiesiger Fälle ist es mir geglückt, durch consequente Anwendung der Eiscravatte, halbstündliche Inhalationen von Kalkwasser und Kali chloricum innerlich die Krankheit auch ohne Tracheotomie zur Heilung zu bringen.

Eine Unzahl von Arzneistoffen hat man als sichere oder wichtige Mittel gegen die Krankheit angepriesen, so Blutegel, Kataplasmen, Schwitzcuren, graue Salbe äusserlich, Zink, Schwefelblumen, Schwefelkalium, Copaiva, sehr häufige Brechmittel, Kupfervitriol innerlich. Jedes Jahr bringt zu den alten eine Anzahl neu empfohlener Mittel, leider ohne dass eines derselben bis jetzt sich allgemeines Vertrauen hätte erwerben können.

V. Abscessus laryngis externus.

Perichondritis thyreoidea anterior suppurativa.

Möller: Königsberger med. Jahrb. Bd. II. S. 270.
W. Stephenson: On abscess of the larynx simulating croup. Edinb. med. journ. 1873. Oct.
J. S. Parry: Abscess of the larynx in young children. Philad. med. journ. June 1863.

Der Kehlkopfsabscess muss als eine der seltensten Erkrankungsformen betrachtet werden, namentlich wenn man die von Perichondritis ausgehenden Fälle ausscheidet. Gerade aus den ersten Lebensjahren z. Th. selbst aus den ersten Lebensmonaten werden einige Fälle berichtet, die sowohl anatomisch als symptomatisch viele übereinstimmende Züge bieten. Sie betreffen Eiteransammlungen an der vorderen Seite des Schildknorpels, bald beiderseitig, bald vorwiegend einseitig, die einigemale um den oberen oder unteren Rand des Schildknorpels sich auch an seine innere Seite erstrecken. Bei mehreren dieser Fälle wird ausdrücklich die Entblössung des Schild-

knorpels von seinem Perichondrium, auch die Arrodirung des Knorpels durch den Eiter erwähnt. So muss man einen Theil derselben als perichondritische auffassen, andere scheinen mehr den reinen Bindegewebs-Abscesscharakter zu tragen. Indess könnte die Perichondritis doch secundärer Natur sein und es macht sehr den Eindruck, als ob diese von Möller, Thin, Stephenson und Parry beschriebenen 7 Fälle soviel Uebereinstimmendes böten, als ob ein gemeinschaftlicher Ausgangspunkt der Krankheit anzunehmen wäre. Da ist denn die Annahme von Rauchfuss sehr verlockend, dass Vereiterung von Lymphdrüsen oder der Bursa mucosa subhyoidea den Ausgangspunkt dieser Krankheit bilde. Es wird freilich schwer werden einen bestimmten Nachweis dafür zu finden. Der spontane Durchbruch des Eiters nach innen oder die künstliche Eröffnung des äusseren Abscesses kann den Ausgang in Heilung vermitteln.

Die Kranken standen im Alter von 5 W. 9 W. 4½ M., 1½, 2, 4 und 7 Jahren. In zwei Fällen war nach Scarlatina und nach Varicella mehrfache bedeutende Drüsenschwellung am Vorderhalse entstanden, in einem dritten war puerperales Erysipel, in einem vierten multiple Furunkel- und Abscessbildung vorausgegangen. Auch bei einem vielleicht hierhergehörigen Falle von Rilliet und Barthez war mehrfache Vereiterung der Halsdrüsen vorangegangen. Die Erscheinungen werden übereinstimmend als vollkommen croupähnlich geschildert: mehrtägige bis mehrwöchentliche Athemnoth mit Stickanfällen, heiserem Husten, Croupton beim Athmen, diaphragmaler Einziehung bei der Inspiration, hie und da Schlingbeschwerden. Die teigige oder fluctuirende Schwellung vorn oder zur Seite der Cart. thyreoidea gab in den erkannten Fällen den entscheidenden Anhaltspunkt für die Diagnose. Die Eröffnung des Abscesses hatte jedesmal bedeutende Erleichterung zur Folge. Doch wurde nur dreimale Heilung erzielt. Möller musste, nachdem er aussen eröffnet hatte noch zum Catheterismus laryngis schreiten, wobei eine Entleerung nach innen und darnach Heilung eintrat.

Man hat meist im Beginne Cataplasmen angewandt. Es dürfte die Frage sein, ob nicht die Kälte wirksamer gewesen wäre, namentlich gegen das mehrfach erwähnte secundäre Oedema glottidis. Sobald die Geschwulst an der Cart. thyreoidea fluctuirend oder teigig wird, dürfte mit der Pravatz'schen Spritze Eiter aufzusuchen und dann mit dem Bistouri einzuschneiden sein.

Stephenson hat sehr zutreffend eine gewisse Analogie dieser Erkrankungsform mit dem retropharyngalen Abscesse hervorgehoben.

VI. Oedema glottidis.

Diese Krankheit kommt nach den Untersuchungen Sestiers, ihres bedeutendsten Monographen, bei Kinder seltener vor als bei Erwachsenen. Hauptsächlich ist es eine ihrer Aetiologie nach dem Kindesalter ganz eigenthümliche Form, die, durch mehrere englische Autoren (Poland, Coley, Jameson) beobachtet, ihre Besprechung an diesem Orte verursacht. Es ist dies die primäre Krankheitsform, welche durch das Einziehen heisser Wasserdämpfe verursacht wird und vorzüglich bei Kindern zwischen ½ und 3 Jahren gefunden wurde, die aus der Gussröhre von Theekesseln mit siedender Flüssigkeit zu schlürfen suchten. Aus naheliegenden Gründen hatten gerade englische Aerzte am Häufigsten Gelegenheit, diese Form zu studiren. Die Folgen dieser Verbrühung durch heissen Dampf, denn zum Schlürfen des Wassers selbst kommt es nie, treten augenblicklich in Form heftigen Schmerzes hervor, das Kind lässt das Gefäss los und beginnt zu schreien. In kurzer Zeit geht der Schmerz vorbei, und es folgen dann einige anscheinend gefahrlose Stunden, während welcher die Kinder ihren gewöhnlichen Spielen nachgehen; dann beginnt allmählig, während zuvor nur das Schlingen fester Substanzen behindert war, auch das Athmen erschwert zu werden, die Stimme wird heiser, die Respiration gedehnt, zischend, der Puls beschleunigt, das Gesicht blass, der Nacken rückwärts gebeugt. Diese Erscheinungen steigern sich während einiger Stunden fortwährend und hatten z. B. in den Fällen von Jameson nach 4—6 Stunden eine gefahrdrohende Höhe erreicht.

Man findet zu dieser Zeit im Munde oder Rachen einzelne der gewöhnlichen Zeichen der Verbrühung: Blasen oder Erythem, die Glottisränder von weicher Anschwellung umgeben, die Epiglottis meistens aufgerichtet und, wo die Einwirkung eine intensive war, ihre Ränder und Flächen durch die Anschwellung der Schleimhaut gerundet. Selten bleibt diese Dyspnöe längere Zeit mässig, oder beginnt bald sich zu vermindern; das Alter der Kinder bringt es mit sich — alle 13 Fälle Jamesons's z. B. betrafen Kinder zwischen 1½ und 3 Jahren —, dass die Verengerung des Kehlkopfes nur kurze Zeit ertragen wird. Sterben die Kinder in diesem Zustande, so finden sich die aryepiglottischen Falten, die falschen Stimmbänder, oft auch der Kehldeckel selbst mit einer schlaffen, welken, faltigen, übrigens stark geschwollenen Schleimhaut überzogen, deren Epithel weisslich getrübt, seltener in Blasen erhoben

ist, deren Durchschnitten blutig oder flockig getrübtes Serum entfliesst. In sehr intensiven Fällen erstrecken sich diese Veränderungen über den Bereich des Kehlkopfes hinaus auf den oberen Theil der Trachea. Häufig scheinen auch entzündliche Affectionen der Luftwege, Bronchitis und Pneumonie, nachzufolgen, sie werden wenigstens in mehreren Obductionsergebnissen erwähnt; dass sie durch das tiefere Eindringen des Dampfes in die Luftwege hervorgerufen werden, scheint zweifelhaft, während die Annahme ihrer Entstehung durch Adspiration in dem Vorkommen gleichartiger Lungenerkrankung bei allen Laryngostenosen eine Stütze findet; in frühzeitig tracheotomirten Fällen wird diese Gefahr vermieden.

Die Prognose hängt wesentlich ab von der Intensität der Verletzung, dem Alter des Kindes, dem rechtzeitigen Eintritte in die Behandlung. Von den 13 Fällen Jameson's endeten 9 lethal.

Die Therapie wird sich in frischen und leichteren Fällen auf kräftige Ableitungen auf den Darm beschränken, die, im Falle die Deglutition sehr erschwert, in die Form von Klysmen gebracht werden können. Von der Anwendung örtlicher Mittel dürfte bei so kleinen Kindern, wie sie von dieser Krankheit gewöhnlich befallen werden, im Anfange am Besten Umgang genommen werden. Für schwerere Fälle wurden von Marshall Hall Scarificationen der angeschwollenen Schleimhautparthieen empfohlen. In den schlimmsten Fällen ist, sofern das Alter des Kindes einigen Erfolg verspricht, sofern der Zustand der Respirationsorgane im Uebrigen sie nicht contraindicirt, die Tracheotomie ins Werk zu setzen. Unter den oben erwähnten 4 Heilungen Jameson's wurden 3 durch die Tracheotomie vermittelt. Ausserdem ist es von Werth, sobald Blässe und Collapsus eintritt, stärkere Reizmittel innerlich zu reichen. Auch örtliche Blutentziehungen im Beginne und Epispastica im weiteren Verlaufe werden von Einigen angewandt.

Was die secundären Oedeme der Glottis betrifft, so ist ihre Bedeutung um so geringer, zu je schwereren Hauptkrankheiten sie sich hinzugesellen. Dahin gehören die erst terminal bei Tuberculose, Croup, Keuchhusten (Barthez) und manchen anderen Krankheiten auftretenden Glottisödeme, die man meistens weder diagnostisch noch therapeutisch berücksichtigen kann. Von grösserer Bedeutung sind schon jene Fälle, die im Verlaufe allgemeiner Hydropsie bei älteren Kindern zu Stande kommen; hier ist es die Einführung des

Fingers bis zum Kehldeckel, die zur Erkennung der Ursache schnell aufgetretener äusserster Athemnoth führt. Auch bei dieser Form ist wenig Aussicht auf Erhaltung der Kranken; dagegen bieten diese Aussicht jene Fälle dar, wo zu anderweitigen, wenig gefährlichen Localerkrankungen am Rachen oder Larynx das Glottisödem hinzutritt, indem sie, wie auch bei Erwachsenen, für die Tracheotomie gute Erfolge liefern.

VII. Papilloma.

A. Causit: Étude sur les polypcs du larynx chez les enfants et en part. sur les polypes congénitaux. Par. 1867.

V. v. Bruns: Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie. Tüb. 1865. p. 322 und 370.

Id.: 23 neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes. Tüb. 1868. p. 114 und 151. (Beob. VIII., XI., XXXVI. und XL.)

G. Reichel: Papilläres Fibrom der Stimmbänder bei einem 2jähr. Knaben. Virch. Arch. Bd. 44. p. 370.

Rehn: Cancroid der Taschen- und Stimmbänder bci einem 3jähr. Knaben. Ibid. 43. p. 129. mit Nachschrift von R. Virchow.

Morell Mackenzie: On the results of thyrotomy for removal of growths from the Larynx. Brit. med. journ. Apr. u. Mai 1873.

A. E. Durham: On the operation of opening the larynx by section of the cartilages etc. for the removal of morbid growths. Med. chir. Transact. Vol. 55.

O. Beschorner: Papillomatöse Neubildung im Kehlkopf eines 2½jähr. Knaben, Tracheotomie, Thyreotomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. II. 462.

Jahresbericht üb. d. L. u. F. in der gesammten Medicin. Bd. II. 1870. S. 137. 1871. S. 139. 1872. S. 147.

Die Kehlkopfsgeschwülste bilden für das Kindesalter eine wichtige, gefährliche, wenigstens nicht ganz seltene Erkrankungsform. Nicht ganz $^{1}/_{5}$ derselben ist angeboren, nicht wenige entstehen während des Kindesalters, kommen aber erst weit später zur Beobachtung. Voltolini beseitigte die seit frühester Jugend bestehende Heiserkeit eines 60jährigen Mannes durch Entfernung zweier Kehlkopfsgeschwülste. Der Art nach verhalten sich die im Kindesalter vorkommenden Geschwülste im Kehlkopf so, dass man von 79 aus der Literatur gesammelten Fällen einen für eine Cyste, einen für ein Epitheliom, 4 für Fibrome halten kann, 5 nach den vorliegenden Angaben unbestimmt lassen muss, alle übrigen aber mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit für Papillome erklären darf. Namentlich gehören dahin die sämmtlichen 12 Fälle unter jenen, die mit Bestimmtheit und die 3, die mit Wahrscheinlichkeit als angeborene be-

zeichnet werden. Diese Papillome beginnen als kleine Knospen oder zottenförmige Wucherungen der Schleimhaut mit einem dicken, aus mehreren Schichten bestehenden Epithelial-Ueberzug; sie vergrössern sich rasch, treiben eine Menge von Tochter- und Enkel-Knospen und stellen schliesslich weissrothe, blumenkohlartige Massen dar, die aus einem spärlichen, weichen bindegewebigen Gerüste und einem reichlichen Beleg von Epidermis- oder Pflasterepithelähnlichen Zellen bestehen. Sie stellen häufig kurz und dünn gestielte, erdbeerähnliche Massen dar, erlangen übrigens sogar im kindlichen Kehlkopfe die Grösse einer Haselnuss. Um eine solche grössere Geschwulst oder ohne dieselbe bilden sie sandartige Wucherungen grösserer Schleimhautflächen, selbst beinahe der ganzen Innenwand des Kehlkopfes. In einem Falle hatten sie auch die Trachealwand zum Sitz (Maisonneuve). Diese Geschwülste zeigen, wenn sie abgeschnitten oder gequetscht werden, geringe Blutung, sie enthalten viele, aber nur sehr feine Gefässe. Sie recidiviren leicht; so lange eine Spur ihres Gewebes zurückgeblieben ist, wachsen sie wieder neu. Ihr vielfaches Vorkommen nebeneinander weist auf eine Ausbreitungsfähigkeit hin, die an Contagiosität grenzt. Noch mehr wird man an diesen Begriff erinnert, wenn man sieht, wie bei der Operation eines Papilloms des Stimmbandes zufällig verletzte Stellen des Kehldeckels gleichfalls Sitz einer solchen Neubildung werden.

Das angeborene Vorkommen der Papillome ist so sicher constatirt, dass man bei Kindern, in deren Leichen sie sich später fanden, schon den ersten Schrei nach der Geburt vermisste und während der wenigen Jahre ihres Lebens keinen Ton zu hören bekam, sondern nur flüsternde Geräusche. Die Entstehungsursache dieser Krankheit innerhalb des Uterus entzieht sich vorläufig jedem Erklärungsversuch. Ueber $^4/_5$ der bobachteten Fälle sind erst im Extrauterinleben entstanden. Eine Anzahl davon wird auf Katarrh und Erkältung zurückgeführt. Mehrere auch sind während acuter Krankheiten entstanden und zwar gerade während solcher, die Hyperämie des Kehlkopfs und starke Hustenbewegungen mit sich bringen: Keuchhusten und Croup werden je drei Mal beschuldigt, im Rachen beginnendes Erysipel, Masern, Scharlach, Pneumonie je einmal. In den meisten Fällen sind die Ursachen der Entstehung unbekannt. Das männliche Geschlecht ist fast doppelt so stark vertreten, als das weibliche; unter 74 Fällen von Kehlkopfsgeschwülsten betreffen 27 Mädchen, 47 Knaben. Rechnet man nur die Beobachtungen, die bis zum 5. Jahre zum Tod oder zur Heilung

gelangten, so findet man 13 Mädchen und 14 Knaben. Die bekannten Fälle vertheilen sich über die verschiedensten Länder und betreffen ebenso Kinder der Armen, wie der Wohlhabenden. Wenn die ersteren an Zahl überwiegen, so muss man berücksichtigen, dass viele der Beobachtungen in klinischen Anstalten gesammelt wurden. In England und Amerika scheint die Krankheit übrigens weit häufiger als in Deutschland und Frankreich zu sein.

Unter den Symptomen ist das contanteste und früheste die Heiserkeit. Es ist abhängig von dem Sitz und der Befestigungsweise der Geschwulst. Am Häufigsten zeigen sich betroffen die Stimmbänder, und zwar ist, wie bei den Adenomen und Fibromen, der Rand der vorderen Stimmbandhälfte der Lieblingssitz. Nächstdem findet man die Taschenbänder, die Ventrikel, die vordere Commissur und den Kehldeckel als Ursprungsstätte bezeichnet, sehr selten die hintere Wand, gar nie die aryepiglottische Falte. Nicht selten waren mehrere dieser Theile gleichzeitig befallen, so einmal bei v. Bruns die 4 Bänder. Wenn sehr vereinzelte Fälle ohne Heiserkeit eine Zeit lang verliefen oder dauernd sie vermissen liessen, so hatte die Geschwulst einen von den Stimmbändern entfernten Sitz oder war lang gestielt. Häufig macht die Heiserkeit den Uebergang in Aphonie. Der Heiserkeit folgt nach einigen Wochen oder Jahren Athemnoth. Ist die Geschwulst breit aufsitzend, so tritt die Kurzathmigkeit gleichmässig und andauernd auf; ist sie lang gestielt, so kommen nur vereinzelte Stickanfälle, die jedoch um so gefährlicher sind (Tod durch Einklemmung eines Polypen zwischen die Stimmbänder: Schultz, Verwechslung mit Keuchhusten, Sée). Wo die Athemnoth sich gleichmässig entwickelt, wird sie durch jede Anstrengung gesteigert, manchmal auch durch das Liegen. Einzelne Kranke finden Erleichterung durch Rückwärtsbewegung des Kopfes. Es tritt ein Zustand ein, der flüchtig betrachtet der Crouperkrankung äusserst ähnlich sieht. Das Athmen wird tönend, der Husten heisser, die Brustwand sinkt bei der Inspiration ein, Steigerungen der Athemnoth werden durch hyperämische Anschwellung des Tumors und Katarrh der Umgebung hervorgerufen. Der Katarrh fügt zu dem vorher fieberlosen Verlaufe etwas Temperatursteigerung hinzu. Bald durch einen plötzlichen Stickanfall, bald durch ein mehrtägiges Stadium der Asphyxie gehen die Kranken zu Grunde. Katarrh und katarrhalische Pneumonie entstehen zuletzt ebenso, wie bei anderen Laryngostenosen. Man kann den Verlauf in 3 Stadien eintheilen, die jedoch nicht alle in jedem Falle

ausgeprägt sein müssen. Störung der Stimmbildung, Störung der Stimme und der Athmung, Erstickungsnoth bezeichnen diese Stadien. Die einzig sichere Methode der Erkennung liegt in der Anwendung des Kehlkopfspiegels. Gelingt es, die Stimmbänder in ihrer ganzen Länge zu Gesichte zu bekommen, so ist ein Uebersehen der Geschwulst kaum möglich. Ehe man mit Kindern soweit gelangt, können wochenlange mühsame Vorübungen nöthig sein. In den ersten beiden Lebensjahren wird man vielleicht manchmal auch diese Mühe vergebens aufwenden. Seit mittelst des Spiegels die Geschwülste sicher erkannt werden können, hat man die meisten Symptome derselben so genau zu verwerthen gelernt, dass manchmal die Diagnose schon vor der Spiegeluntersuchung gestellt werden kann. Ausserdem behalten alle Zeichen ihr Recht, die schon vor der Erfindung Garcia's zur Erkennung und operativen Entfernung von Kehlkopfsgeschwülsten geführt haben. Für das frühe Kindesalter sind diese von besonderer Bedeutung, um so mehr, als man manchmal, ehe die Spiegeluntersuchung glückt, bezüglich der Behandlung entscheidende Entschlüsse fassen muss.

Gestielte Polypen, die dem Kehldeckel ansitzen oder bis zur Höhe seiner Spitze in die Höhe geworfen werden, kann man bei weit geöffnetem Munde und stark niedergedrückter Zungenwurzel sehen (Green 1845 bei einem 10jähr. Mädchen). Mit dem Finger können am Kehlkopfseingange, selbst noch an den Taschenbändern gelegene Geschwülste gefühlt werden (z. B. Duncan Gibb bei einem 1jähr. Kinde), doch kommen dabei Irrthümer vor. Mackenzie glaubte bei einem 3½jähr. Kinde eine harte Geschwulst zu fühlen; es war das Zungenbein, tiefer unten lag ein weiches Papillom. Der berühmte Fall, den Ehrmann 1844 operirte, war daraus erkannt worden, dass sich im Auswurfe fleischartige Stückchen der Neubildung vorfanden. Gerade bei Blumenkohlgeschwülsten findet das Loshusten einzelner ihrer Knospen sehr leicht Statt; freilich bei Kindern werden sie in der Regel verschluckt werden. Jenes Verhalten, dass eine Geschwulst nur die In- oder nur die Exspiration behindert, oder durch tiefes Einathmen oder starkes Husten so von der Glottis entfernt wird, dass die zuvor heissere Stimme rein wird, ist zwar charakteristisch, aber es findet sich nur in sehr wenigen Fällen, weil die meisten dieser Geschwülste kurz gestielt an den Stimmbändern selbst oder in deren nächster Nähe ansitzen und in die Glottis herein hängen. Auf eben diesem Verhältnisse des Sitzes und der Form der Geschwülste beruht ein Zeichen, das

ich bei Erwachsenen wenigstens als ein sehr häufiges und sicheres kennen gelernt habe: die Geschwulst wird nach jeder Inspiration beim nächsten Laute zwischen die Stimmbänder geklemmt und durch den Exspirationsdruck zwischen denselben in die Höhe gewälzt. Geschicht dies rasch, so gibt die Spannung der plötzlich frei gewordenen Stimmbandränder einen dumpfen Schall, der inmitten des gerade besprochenen Lautes gehört wird, oder dieser Laut besteht wenigstens aus einem ersten klangloseren und einem zweiten lauteren Theil. Man hört dies am Besten, wenn man tief einathmen und dann einen Vocal langgezogen aussprechen lässt. Ausserdem kann man sich an den Grundsatz halten: lang und gleichmässig fortbestehende, vielleicht gar angeborene Heiserkeit und Athemnoth bei fieberlosen Kindern, die weder an Phthise noch an Syphilis leiden, ist höchst wahrscheinlich durch eine Neubildung bedingt, um so wahrscheinlicher durch ein Papillom, je frühzeitiger die Beschwerden auftraten. Mag übrigens auf solche Weise der oder jener Grad von Wahrscheinlichkeit erlangt worden sein, immer ist die Einführung des Spiegels geboten. — Ueber die Prognose geben folgende Zahlen Aufschluss: Von 79 Fällen von Kehlkopfgeschwülsten, die vor beendetem 15. Jahre zur Beobachtung kamen, starben 36; geheilt wurden 37 oder doch theilweise von der Neubildung befreit und gebessert entlassen. In einem Falle trat nach 10 Jahren spontan Heilung ein (Störk).

Der Verlauf ist verschieden. Man kann ihn als raschen bezeichnen, wo in den nächsten 3 Jahren nach Beginn der Heiserkeit, resp. nach der Geburt sich schwere Suffocationserscheinungen entwickeln, als mittleren, wo dies später, aber bei den angeborenen noch innerhalb des Kindesalters, bei den erworbenen in den nächsten Jahren geschicht; endlich kommen jene ganz langsam verlaufenden Fälle vor, in denen im Kindesalter entstandene oder angeborene Kehlkopfsgeschwülste erst in den mittleren Mannesjahren oder selbst in dem späteren Alter drohende Athemnoth bewirken, ja selbst ohne solche Veranlassung zufällig zur Beobachtung kommen. Ein solcher Fall ist z. B. der 6. Fall Voltolini's (Galvanokaustik p. 53), der 73. Türcks (Kehlkopfskrankheiten p. 309). Merkwürdig ist, dass nach langjährigem Stillstande auf zufällige Veranlassungen hin wieder rascheres Wachsthum dieser Geschwülste eintreten kann.

Bei der Behandlung muss man Fälle unterscheiden, die

der Spiegeluntersuchung und der Einführung von Instrumenten durch den Mund zugängig sind, und solche, bei denen dies noch nicht möglich ist. Bruns hat in der ersteren Weise einen 5jährigen Knaben operirt, Morell Mackenzie ein 4jähriges Mädchen, Lewin ein 3½jähriges. Nach den bisherigen Erfahrungen bildet also das 3. Lebensjahr die unterste Grenze für intralaryngeale Operationen. Bei jüngeren Kindern, dann dort, wo für die Einübung, die der Vornahme laryngoskopischer Untersuchungen vorausgehen muss, drohender Lebensgefahr halber keine Zeit mehr ist, bleibt nichts Anderes übrig, als zunächst den Luftröhrenschnitt vorzunehmen. Auch diese Möglichkeit besteht höchstens bis zu 1½ Jahren herunter. Unter den 14 Fällen von Kehlkopfsgeschwülsten, in denen er vorgenommen wurde, war 6 Mal der Erfolg günstig. In diesen Fällen war das Alter der Kranken: 15, 11, 6, 6, 5½ und 3½ Jahre; in den Fällen, die ungünstig endigten, betrug es 8, 3, 3, 2½, 2½, 2⅓, 2 Jahre, und ist einmal nicht angegeben. Darnach scheinen die Aussichten für die Tracheotomie jenseits des 3. Lebensjahres entschieden günstiger zu sein, als unterhalb desselben. Unter den ungünstig endigenden Fällen kommt einer vor, in dem erst 10 Monate nach der Operation der Tod durch Croup der Trachea und der Bronchien erfolgte. In einem anderen Fall war schon zur Zeit der Tracheotomie Croup der oberen Luftwege vorhanden; in zweien konnte die schon sehr tiefe Asphyxie, in einem die schon im Gang begriffene Pneumonie durch die Tracheotomie nicht mehr unterbrochen werden; in einem endlich wurde Bronchitis zur Todesursache. Auch von den geheilten Fällen hatte einer Croup der Trachea und der Bronchien zu überstehen. Die Versuchung liegt nahe, zu glauben, dass die Canüle oder die Instrumente Träger des Contagiums gewesen sind; jedenfalls ist es interessant, dass in beiden Fällen der Rachen frei von Diphtheritis blieb. Nach dem Gesagten ist die Prognose für ältere Kinder günstiger als für jüngere. Die Hälfte der ungünstigen Ausgänge erklärt sich dadurch, dass die Operation zu spät gemacht wurde. Von den günstigen Fällen muss man einigen ganz besonders nachrühmen, dass durch die Tracheotomie so viel Zeit und Kräfte für die nachfolgende Operation gewonnen wurden, dass sie ohne diese unmöglich gewesen wäre.

Von der Tracheotomie führt der Weg nicht weit zu jener Operation, die zuerst von Brauers (1834) und Ehrmann geübt, durch Burow, Ballassa, Gilewski u. A. neuerdings wieder

in Aufnahme gebracht ist: zur Spaltung des Schildknorpels und Abtragung der Neubildung an dem auseinander gelegten Kehlkopfe. Wo sie irgend ausführbar ist, wird man die Operation mit durch den Mund eingeführten Instrumenten vorziehen. Die T h y r e o t o m i e bleibt für die ersten Lebensjahre die einzig ausführbare Radicaloperation. Allein sie ist nicht ohne directe Lebensgefahr, häufig blieb Heiserkeit oder selbst Aphonie zurück, Recidiven mussten bereits in grosser Verhältnisszahl zugestanden werden und haben theils den Tod, theils wiederholte Operation bedingt. Ueberblickt man die bis jetzt vorliegenden 21 Fälle von Thyreotomie, so ergiebt sich dass in 3 Fällen der Tod in Folge der Operation oder eines baldigen Recidivs eintrat (B e s c h o r n e r , F i a l l a , C u t t e r). Viermale musste die Operation wegen Recidiv wiederholt werden, überhaupt trat 10 male Recidiv ein, zudem blieb noch mehrmals die Stimme theils wegen Stimmbandverletzung, theils wegen unvollständiger Ausrottung der Geschwülste unrein. Dennoch wurde, dass jetzt bereits die Heilungen über die Todesfälle überwiegen, nur durch die häufigeren Thyreotomieen ermöglicht.

Wo die Neubildungen klein und weich sind, kann durch die Aetzung mit Höllenstein, Chromsäure oder dergl. Heilung erzielt werden, für die meisten Fälle jedoch thut man gut, nicht viele Zeit damit zu verlieren. Gestielte Geschwulstformen werden am Besten mit der in einer Röhre laufenden Drahtschlinge abgequetscht; breiter aufsitzende erfordern die Lostrennung mit dem Messer oder mit einer scharfen Zange. Die feinsten, auf grösseren Flächen hervorwuchernden, dicht gestellten Geschwülstchen hat B r u n s mit einem eigenen Schabe-Instrument abgekratzt. Bei den letztgenannten 4 Methoden bleibt gewöhnlich etwas von der Basis der Geschwulst auf der Schleimhaut zurück, und man hat mit fortwährenden, von da aus erfolgenden Recidivien zu kämpfen. Hierauf beruht es, dass wir eine ziemliche Anzahl von Fällen nur als gebessert angeführt finden, und dass in manchen der Heilungsfälle der Kampf gegen diese fortwährenden Nachwucherungen noch nicht ganz beendet war. Nach meinen, vorwiegend an den Papillomen Erwachsener gesammelten Erfahrungen gebe ich, so lange es sich um Entfernung der Neubildung selbst handelt, der grösseren Einfachheit halber der Quetschschlinge den Vorzug vor der galvanokaustischen. Handelt es sich dagegen um die Zerstörung der letzten Reste der Neubildung, so dürfte sowohl dem Messer, als auch den chemisch wirkenden Aetzmitteln, die man vielfach versucht hat, der glühende Platin-

draht entschieden vorzuziehen sein. Dass zu solchen Operationen an Kindern die doppelte und dreifache Geduld gehört, wie bei Erwachsenen, ist leicht einzusehen; aber die besondere Schwierigkeit hat auch ihren besonderen Reiz für den unternehmenden Arzt, und darauf hin darf man hoffen, dass die Heilungsfälle bald die überwiegende Mehrzahl unter den derartigen Beobachtungen bilden werden.

VIII. Stimmritzenkrampf, Spasmus glottidis, Laryngospasmus.

H. Helfft: Krampf und Lähmung der Kehlkopfsmuskeln und die dadurch bedingten Krankheiten. Berl. 1852.
Hérard: Du spasme de la glotte. Thèse. Par. 1848.
Friedreich in Virchow's Handbuch, Band V. Abth. I. p. 501.
Salathé: Journ. f. Kinderkrankheiten 1857. Nr. 11 und 12.
E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge, pag. 76.
Hauner: Ueber den Kehlkopfskrampf der Kinder. Journ. f. Kinderkrankh. XLI. 321.

Als erste Beschreibungen des Stimmritzenkrampfes werden diejenigen von Richa (1723), von Verduis (1726), dann von Hamilton (1813) angeführt, welch letzterer Englischerseits noch mehrere folgten; unsere Landsleute haben sich seit Kopp (1830) hauptsächlich mit der durch ihn angeregten Frage beschäftigt, ob Thymushypertrophie den Grund derselben bilde, die, in letzter Zeit von den Meisten verneinend beantwortet, noch kürzlich von Friedleben in sehr umfassender Weise discutirt und in gleichem Sinne gelöst wurde. Hauptsächlich die Arbeiten von Reid, Trousseau und Hérard haben den jetzigen Standpunkt der Kenntnisse dieses Leidens herbeigeführt. Man versteht darunter in Intervallen auftretende Krämpfe der Glottisverengerer und der Athmungsmuskeln, die durch keinerlei anatomische Veränderung an dem Stimmbildungs- oder Athmungsapparat herbeigeführt sind.

In ätiologischer Beziehung sind die primären Fälle von den nur symptomatischen, sonst ganz gleichen Krampfformen, wie sie z. B. verschiedenen Gehirnkrankheiten zukommen können, zu scheiden. Die meisten dieser primären Fälle finden sich zwischen dem 5. und 24. Lebensmonate, sehr selten nach der Dentition. — Die Knaben liefern ein grösseres Contingent als die Mädchen, die Winter- und Frühjahrsmonate ein grösseres als der Sommer, der Norden ein grösseres als der Süd. — Prädisponirend scheinen ferner zu wirken gewisse noch völlig unaufgeklärte hereditäre Momente, insoferne oft mehrere Kinder derselben Eltern an diesem Uebel zur

entsprechenden Zeit leiden, ohne dass die Gesundheitsverhältnisse der Eltern, ihre Wohnung und Ernährungsweise zur Aufklärung benutzt werden können. Vor Jahren behandelte ich das Kind eines Sackträgers an Spasmus glottidis, dessen 8 Geschwister an der gleichen Erkrankung gelitten hatten, und zum Theile daran gestorben waren. Die Eltern, beide gesund, hatten mehrfach die Wohnung gewechselt, die Mutter hatte einen Theil der Kinder selbst gestillt, die späteren künstlich ernährt, kurz fast alle Verhältnisse hatten mannigfach gewechselt, nur waren alle Kinder in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres in gleicher Weise erkrankt. — Schon der Umstand, dass die Kinder der ärmeren Klasse häufiger befallen werden, weist darauf hin, dass schlechtere Wohnung und Ernährung von Einfluss sein können. Bezüglich der Wohnung wird diese Vermuthung bestätigt durch die Erfahrung, dass grosse Städte verhältnissmässig mehr Erkrankungen aufweisen, so namentlich London, dass gerade im Winter, wo die Kinder am Meisten im Zimmer gehalten werden, die meisten Erkrankungen vorkommen, endlich, dass Landaufenthalt, Wechsel des Klimas u. dgl. häufig in sonst ganz widerspenstigen Fällen noch Heilung herbeiführt. Was die Ernährung betrifft, so ist namentlich von Reid hervorgehoben worden, dass künstlich aufgefütterte Kinder häufiger als andere diesem Uebel verfallen, und es steht dieses in voller Uebereinstimmung mit der Erfahrung, dass gerade Rachitische so oft daran leiden (so bei Lederer von 96 Fällen in 92 Craniotabes). Kommt nach S. Gee in London in den ersten 6 Monaten d. J. viel häufiger vor als in den 6 letzten. Auch ich finde, dass die Rachitis des Schädels besonders oft dem Stimmritzenkrampfe zu Grunde liegt. Ob es nur der Einfluss des Druckes der Unterlagen auf weiche Stellen des Hinterhauptes und durch diese auf das Gehirn ist, der diesen Zusammenhang bewirkt (Elsässer), lasse ich dahingestellt. Ausserdem hat man noch eine Reihe von anderen Momenten angeschuldigt, so namentlich die Hirnhypertrophie, gastrische Störungen, Abnormitäten der Gallensecretion, — ob mit Recht oder Unrecht, dürfte beides gleich schwer zu erweisen sein.

Die Gelegenheitsursachen, welche den nächsten Anstoss zum Ausbruche oder zur Wiederholung des Krampfes liefern, sind in den einzelnen Fällen sehr verschieden, am Häufigsten aber durch Gemüthsbewegung, Sinneseindrücke (Geräusche u. dgl.), Trinken, Sichverschlucken, mechanische Reizung des Rachens oder Halses geliefert. Doch tritt bisweilen auch der Insult anscheinend oder wirklich ohne

jede nähere Veranlassung hervor. — Bevor er beginnt, zeigt sich manchmal etwas Erblassen des Gesichtes, oder ein leichtes Rasseln in der Trachea. Oefter treten plötzlich, ohne alle Vorboten erst momentanes Stocken der Respiration, dann mehrere rasche, man kann sagen krampfhafte, ungewöhnlich laute, zischende oder pfeifende Inspirationen ein, welchen zusammen erst wieder eine bald geräuschlose, bald laute und keuchende Exspiration nachfolgt. — So die gewöhnlichere Form; oft aber auch findet sich eine veränderte Reihenfolge, so dass die Inspirationen zuerst, dann kurze Apnöe, dann die Exspiration folgt, oder Apnöe macht den Anfang, dann folgen Exspirationen stossweise und werden von einer oder mehreren Inspirationen beendet, oder endlich der ganze Anfall beginnt mit jenen geräuschvollen Exspirationen. — Es unterliegt keinem Zweifel, dass die durch die tönenden Respirationsgeräusche angezeigte, schnell vorübergehende, von gar keinen nachweisbaren Larynxerkrankungen begleitete Glottisenge durch Krampf der Glottisschliesser bedingt wird, allein es ist ebenso sicher, dass jene In- oder Exspirationen, welche sich ruckweise folgen, mit völlig gestörtem Rhythmus, ohne mit einander abzuwechseln, nicht durch Glottiskrämpfe, sondern durch Krämpfe des ganzen in- resp. exspiratorischen Apparates bedingt werden. Mit dem Beginne des Krampfes gewinnt das Gesicht ein bläuliches Colorit, einen ängstlichen, unruhigen Ausdruck, die Augen werden glänzender, treten mehr hervor, ihre Conjunctiva wird injicirt, der Mund wird geöffnet, die Nasenflügel erweitert, der Nacken beugt sich zurück, oft werden die Fäuste geballt, die Daumen eingeschlagen, oder die Hände dem Halse genähert, der Radialpuls wird klein, der Herzstoss stürmisch, beide unregelmässig, es erfolgen unwillkührliche Ausleerungen, bisweilen geht das Bewusstsein verloren. Bei kräftigen Kindern lassen mässige Anfälle nur ganz geringe Spuren zurück, indess andernfalls Ermattung und Traurigkeit noch längere Zeit nach dem etwas langsamer erfolgenden Aufhören des Anfalles fortbestehen, oder aber es verbinden sich mit diesem oder schliessen sich an ihn an Convulsionen anderer Muskelgruppen, des Gesichtes, der Extremitäten u. s. w. In den leichtesten Fällen beschränkt sich der Anfall auf eine wenig auffallende, rasch binnen einiger Secunden vorübergehende Unregelmässigkeit der Respiration, von der man z. B. im gegebenen Falle zweifeln kann, ob sie der gewöhnliche Erfolg eines Schrecks, oder ein durch ihn herbeigeführter Stimmritzenkrampf sei. Selten dauert der einzelne Anfall länger als $1/2$ Minute, und wenn man z. B. von

2stündigen Anfällen liest, so unterliegt es keinem Zweifel, dass von einem Cyklus, nicht einem einzelnen Anfalle die Rede. Selten bleibt es bei einem ersten Anfalle, der in Heilung oder noch seltener direct in Erstickungstod sein Ende findet; meist erfolgt während mehrerer Tage oder Wochen, seltener Monate, noch eine Reihe von bald intenseren, bald schwächeren Anfällen. Rilliet und Barthez sahen in einem (freilich bezüglich der primären Natur der Erkrankung sehr zweifelhaften) Falle 17monatliche Dauer, ich selbst kannte einen beim ersten Insulte unterliegenden mehrjährigen Knaben, bei dem die Section keine nächste Todesursache nachweisen konnte. — Bei längerer Krankheitsdauer kann die Ernährung leiden und ein schwer zu beseitigender Marasmus entstehen. Die Prognose ist jederzeit mit Vorsicht zu stellen, da man aus der Zahl und Intensität der schon abgelaufenen Anfälle nicht auf Stärke und Gefährlichkeit der dem Kranken noch bevorstehenden schliessen kann. Doch ist im Allgemeinen geringe, namentlich abnehmende Heftigkeit, Abwesenheit anderer Krankheiten oder schwererer Ernährungsstörungen als gutes Zeichen anzusehen. Die Mortalität scheint an verschiedenen Orten sehr zu wechseln und nach den meisten ärztlichen Zusammenstellungen zu hoch veranschlagt zu werden, indem dabei die zahlreichen günstigen, ganz leichten, nicht behandelten Fälle fehlen. Rilliet und Barthez verloren $^{8}/_{9}$, Hérard $^{6}/_{7}$ der Kranken, dagegen stellt Lorent 289 Fälle zusammen, wovon 174 starben, also circa 40%, und zwar 45% der Knaben, 32 der Mädchen. Salathé hatte unter 24 Kranken 2 Todesfälle.

Die Krankheit hat in den meisten Fällen grosse Aehnlichkeit mit dem Cheyne-Stokes'schen Respirationsphänomen, mit dem sich Traube, später Filehne eingehend beschäftigt hat. Abwechselnde Erregung der Centra für Athmung und für die Gefässmuskeln durch die Kohlensäureanhäufung im Blute erklärt das rhythmische Sinken und Ansteigen der Athmung. Das Cheyne-Stokes'sche Athmen findet sich nicht nur bei Herzkrankheiten, Cyanose, sondern auch bei raumbeschränkenden Hirnkrankheiten. Eine analoge Erklärung ist für diese Kinderkrankheit möglich, wenn sie als Folge von Hirnhypertrophie oder überhaupt von raumbeschränkenden Hirnkrankheiten auftritt. In anderen Fällen ist sie als Reflexkrampf aufzufassen, abhängig z. B. von Entzündung des Zahnfleisches über durchbrechenden Zähnen (West), von krankhaften Zuständen des Darmkanales (Reid). Bei gewissen Formen der Rachitis wirken zwei Momente zusammen, um diesen Symptomencom-

plex zu erregen: die allgemeine Anämie und die Weichheit des Schädels, die ein Flachgedrücktwerden des Hinterhauptes beim Liegen, somit eine Beschränkung des intracraniellen Raumes gestattet. Die Beobachtung von Spengler, dass durch Fingerdruck auf das weiche Hinterhaupt der Anfall künstlich erregt werden konnte, steht nicht vereinzelt da und spricht sehr zu Gunsten des letzteren Einflusses. Dieser Zusammenhang mit Rachitis des Schädels ist von allen der wichtigste und kommt am Häufigsten in Betracht. Je acuter die Veränderungen an den Schädelknochen auftreten, um so eher führen sie zum Stimmritzenkrampfe. Für die Entstehung dieser Erkrankung durch Hirnanämie spricht auch noch die Erfahrung von Henoch, dass bei $^2/_3$ der Fälle neben dem Kehlkopfskrampfe Eklampsie vorkomme. Man hat in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht viel Gewicht auf das häufigere Vorkommen der Krankheit in kalten Gegenden und zur Winterszeit gelegt und die Deutung versucht, es handle sich dabei um reflectorische Erregung des Krampfes von der Haut aus. Mir ist eine andere Deutung dieser Erfahrungen wahrscheinlicher: ich glaube, dass die sauerstoffärmere Luft dichtbewohnter Orte, dann die verunreinigte Stubenluft Hilfsursache der Krankheit ist und ähnlich einwirkt, wie beim Keuchhusten kohlensäurereichere oder sauerstoffärmere Luft. Daraus erklärt sich am Leichtesten der günstige Einfluss der Ortsveränderung, des Land- und See-Aufenthaltes, des Reisens. Ich habe durchaus keinen Nachtheil, sondern entschiedenen Vortheil davon gesehen, solche Kinder täglich austragen zu lassen. Ebenso ist das öftere Baden, namentlich wenn stärkende Mittel zugesetzt werden, von guter Wirkung.

Die Behandlung hat zunächst gegen die nachweisbaren Ursachen sich zu richten. Unter diesen stehen Blutarmuth und Rachitis der Häufigkeit nach obenan. Gegen beide ist neben passender und angemessener Ernährung der Gebrauch von Eisen und Leberthran nützlich. Wo Diarrhöen vorherrschen, wird man mehr das Eisenchlorid, in den übrigen Fällen das kohlensaure Eisenoxydul anwenden, beide in grossen Dosen. Auch der Landaufenthalt, der Gebrauch von Soolbädern, Stahlbädern, Seebädern ist der Rachitis halber nützlich und des Luftwechsels wegen anzurathen. Als symptomatische Mittel hat man eine grosse Zahl des sog. Nervina empfohlen: Asa fötida, Zinkblumen, Valeriana. Den meisten Ruf hat sich unter dieser Klasse von Mitteln durch die Empfehlung von Salathé und Hauner der Moschus erworben, der in kleinen

Dosen in Tinctur oder in Emulsionen gegeben wird, etwa grm. 0,1—0,2 pro die. Es soll die Wiederkehr der Anfälle dadurch für einige Zeit geradezu abgeschnitten werden. Dagegen hat sich die Scarification des Zahnfleisches, die in England von West u. A. empfohlen war, das Ansetzen von Blutegeln an den Kopf, überhaupt die Anwendung schwächender Mittel als unnütz oder schädlich erwiesen. Dem Anfall selbst tritt man entgegen durch Besprengung des Gesichtes und der Brust mit kaltem Wasser, durch Lüften der Kleidungsstücke, Auflegen von Senfteigen u. dergl. Gegen hartnäckige Anfälle sind Einathmungen von Chloroform und subcutane Morphiumeinspritzungen empfohlen (Bouchut); offenbar kann auch das Chloralhydrat hier von Vortheil sein, wie die Angaben von Rehn und Monti beweisen. Bleibt der Kranke im Anfall lange apnoisch, so ist die künstliche Respiration nach Marshall-Hall einzuleiten oder die Faradisation der N. phrenici vorzunehmen.

IX. Stimmbandlähmung.

Clayton: Epidemie von hyst. Larynxkrampf. Journ. f. Kdrkrht. I.
H. Helfft: Krampf und Lähmung der Kehlkopfsmuskeln. Berl. 1852.
C. Gerhardt: Studien und Beobachtungen über Stimmbandlähmung. Virch. Arch. Bd. XXVII. p. 68.
Morell Mackenzie: The treatment of hoarseness and loss of voice by the direct application of galvanism to the vocal cords. London 1863.
F. Sikora: Beobachtungen über Stimmbandlähmung. Diss. Jen. 1866.
V. v. Bruns: Laryngoskopische Chirurgie p. 242.
L. Türck: Klinik der Kehlkopfskrankheiten p. 461.
J. M. Rossbach: Beiträge zur Diagnose und Therapie der Stimmbandlähmungen. Würzb. med. Zeitschrift VII. p. 117.
H. Ziemssen: Laryngoskopisches und Laryngotherapeutisches. Deutsch. Arch. f. klin. Med. IV. p. 376.
E. Nicolas-Duranty: Diagnostic des paralysies motrices des muscles du larynx. Par. 1872. S. 40.
R. Demme: Neunter med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern. S. 17.
F. Riegel: Die Athembewegungen. Würzb. 1873.
Levison: Berl. klin. Wochensch. 1870. nr. 46. S. 84.

Die exacte Kenntniss der Stimmbandlähmung ist noch zu jung und noch zu wenig Gemeingut der ärztlichen Praxis geworden, als dass man sich über die Häufigkeit ihres Vorkommens bei Kindern schon eingehend aussprechen könnte. Bedeutungslos für die Pathologie des Kindesalters ist sie gewiss nicht. Chronische Heiserkeit findet meistens ihre Erklärung in Katarrh, Neubildung oder

Stimmbandlähmung. Die Geschichte der Kehlkopfskatarrhe ist aber selbst wieder vielfach verflochten mit der der Stimmbandlähmung.

Die meisten sicher erkannten Fälle betreffen das 10. bis 15. Lebensjahr. Einen aus dem 6. habe ich beschrieben. Unter 16 aus der neueren Literatur gesammelten Beobachtungen beziehen sich 11 auf Mädchen, 5 auf Knaben. Ohne gerade exacte Beweise dafür vorbringen zu können, glaube ich, dass Stimmstörungen bei Basilarmeningitis und einzelnen Fällen von Hirntuberkeln am Leichtesten ihre Erklärung finden durch die Annahme eingetretener Lähmung der Stimmbandspanner. Sonst scheint bei den Hirn- und Rückenmarkskrankheiten der Kinder diese Functionsstörung mindestens ebenso selten zu sein, als bei jenen der Erwachsenen. Peripherer Druck auf den Nervus vagus am Hals kommt in Folge frühzeitig entwickelten Kropfes, so wie grösserer Lymphdrüsengeschwülste zu Stande. Der Nerv. recurrens ist der Compression durch entartete Bronchialdrüsen verhältnissmässig oft ausgesetzt. Eine Reihe darauf bezüglicher Fälle mit Sectionsbericht findet sich bei Helfft gesammelt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass er in Einzelfällen auch durch grosse pleuritische, perikarditische Exsudate und durch chronische Pneumonie der rechten Lungenspitze gedrückt werden kann; dagegen kommen die Aortenaneurysmen und Epitheliome der Speiseröhre, die bei Erwachsenen Stimmbandlähmung verursachen, in diesem Alter nicht vor. Die meisten der bis jetzt beschriebenen Fälle sind als Nachkrankheiten acuter Katarrhe oder der Diphtheritis aufgetreten, einer nach einem gastrisch-nervösen Fieber (v. Bruns). Die diphtheritischen Lähmungen können ganz speziell den Kehlkopfsverschluss ungenügend machen und dadurch die Gefahr des Fehlschluckens und der Schluckpneumonie bedingen. Einige sind auch als Reflexlähmung, z. B. in Folge von Wurmreiz, von Indigestion aufzufassen, einige als idiomusculäre Erkrankung, so die nach gewaltsamem Schreien, nach epileptischen Anfällen. Endlich gehören gerade dem Kindesalter die seltenen und noch räthselhaften Fälle intermittirender Aphonie an, deren neuerdings wieder je einer von Jaffé und Levison beschrieben wurde. Die bis jetzt beobachteten Lähmungen betrafen die verschiedensten Kehlkopfsmuskeln, öfter auch einzelne Nerven. So in einem Falle (Riegel) beide Musculi crico-arytaenoidei postici, einmal (Gerhardt) den N. laryngeus superior linkerseits. Dieser letzte Fall ist dadurch von besonderem Interesse, dass er von frühester Jugend auf bestand, also wahrscheinlich angeboren war. Die katarrhalischen Lähmungen

betreffen meistens die M. thyreo-arytaenoidei (Rossbach). Die Compressionslähmungen sind fast alle halbseitige und bedingen sog. Cadaverstellung des Stimmbandes. Ihre gewöhnliche Folge ist bei Erwachsenen Fistelstimme. In einem durch Struma bedingten Falle completer linksseitiger Stimmbandlähmung, den R. Demme beschrieb, bestand völlige Aphonie und wurde durch parenchymatöse Jodinjection geheilt. Alle Fälle, mit Ausnahme des erwähnten von Riegel und eines von Türck, kamen wegen Störung der Stimmbildung zur Behandlung und zwar wegen Stimmlosigkeit oder Heiserkeit. Beiderseitige Lähmung des M. cricoarytaenoideus post. bewirkt rein inspiratorische Dyspnoe bei erhaltener Stimmbildung. In einem ausgezeichneten Falle der hiesigen Kinderklinik, den Riegel beschrieb, machte sie bei einem 6jähr. Knaben den Luftröhrenschnitt nöthig. Seither sind noch mehrere Fälle von Glottis-Oeffnerlähmungen bei Kindern beschrieben worden, namentlich solche nach Tracheotomie, die die Entfernung der Kanüle lange Zeit verzögerten.

Die Diagnose ist gesichert, wenn auf dem Spiegelbilde eines normal beschaffenen, höchstens bei Katarrh hyperämischen Kehlkopfes mangelhafte oder unsymmetrische Bewegung der Theile wahrgenommen wird. Bei Kindern ist jedoch die Spiegeluntersuchung keineswegs immer möglich, es sind daher auch noch nachfolgende Kennzeichen zu berücksichtigen, die wenigstens mit Wahrscheinlichkeit auf Stimmbandlähmung hinweisen: 1) Wo die Stimmlosigkeit intermittirend ist, oder auf psychische Eindrücke, angewandte Heilmittel, überhaupt geringfügige äussere Einflüsse hin die Stimme vorübergehend rein wird, hat man es wahrscheinlich mit Lähmung zu thun. 2) Mit den diphtheritischen Lähmungen sind häufig auch noch andere, namentlich der Augenmuskeln, des Gaumens, der Extremitäten verbunden. Gaumenlähmungen kommen überhaupt mit denen der Stimmbänder sehr häufig zusammen vor; namentlich finden sie sich oft neben compressiven Recurrenslähmungen, ohne dass der anatomische Zusammenhang klar ersichtlich wäre. 3) Lähmung eines N. lar. sup. kann ohne Spiegel erkannt werden. Der Kehldeckel steht schief nach der gesunden Seite. Legt man 2 Finger in den Zwischenraum zwischen Ring- und Schildknorpel, so fühlt man, dass derselbe auf der gesunden Seite beim Sprechen wechselt, auf der kranken gleich gross bleibt. 4) Einseitige Lähmung der Stimmbandspanner wird daran erkannt, dass beim Sprechen nur auf einer Seite des Schildknorpels die mitgetheilten Schwingungen

des Stimmbandes zu fühlen sind. 6) Herstellung der Stimme durch den Einfluss des elektrischen Stromes beweist, dass ihre Störung eine paralytische war.

Die Aussichten für die Behandlung sind günstig, soferne die Ursachen sich beseitigen lassen und noch nicht wie dies bei peripheren Drucklähmungen bald geschieht, Atrophie und fettige Entartung der betreffenden Muskeln Platz gegriffen hat. Wo eine solche Einwirkung recht vollständig ist, können auch die Knorpel der kranken Seite in ihrem Wachsthum zurückbleiben. Ob auch die Absonderung der Kehlkopfschleimhaut von Lähmung ihrer Nerven beeinflusst wird, steht nicht fest, doch sprechen einzelne Erfahrungen dafür. Für die Behandlung stehen mehrere Wege offen: Heilgymnastik, mechanische Reizung, Elektrotherapie und medicamentöse Einwirkung.

Die Heilgymnastik (v. Bruns) besteht darin, bei eingeführtem Kehlkopfspiegel die Vocale erst für sich, dann in Verbindung mit einem Consonanten möglichst laut der Reihe nach aussprechen zu lassen.

Das Einführen von Sonden, die Berührung der Kehlkopfschleimhaut mit denselben, das Einblasen von Pulvern ruft auf reflectorischem Wege stärkere Contractionen der Kehlkopfsmuskeln hervor. Diese beiden Methoden erweisen sich namentlich gegen die katharrhalischen Stimmbandlähmungen und die sog. rein nervösen (idiopathischen) wirksam. Sie erweisen sich bei den letzteren selbst dann in einzelnen Fällen wirksam, wenn die elektrische Behandlung ihren Erfolg versagt, verdienen auch besonders mit und neben dieser angewandt zu werden. Bei doppelseitiger Lähmung der Glottisschliesser ist auch das Verfahren von Oliver zu empfehlen. Es besteht in Compression mit Daumen und Zeigefinger aussen ausgeübt auf die Gegend der Stellknorpel jedesmal, während der Kranke versucht eine tönende Inspiration, später einen Vokal auf gewöhnliche Weise hervorzubringen.

Die Elektrotherapie ist in verschiedenen Richtungen vervollkommnet und ausgebaut worden, so dass man deren cutane und directe Anwendung, dann die des constanten und des unterbrochenen Stromes zu unterscheiden hat. Am Gebräuchlichsten unter diesen Methoden ist die der cutanen Faradisation. Den allein vom N. lar. sup. versorgten M. crico-thyreoideus bringt man einseitig zur Contraction, indem man eine Elektrode an das obere Horn des Schildknorpels, die andere auf den Muskel selbst ansetzt,

beiderseitig von beiden oberen Hörnern des Schildknorpels oder von der Stelle beider Muskeln aus. Die übrigen, von dem N. lar. infer. versorgten Muskeln werden bei einseitiger Lähmung durch Ansetzen der positiven Elektrode dicht hinter und unter dem unteren Horne des Schildknorpels, der negativen etwas abwärts davon an dem seitlichen Umfange der Trachea, möglichst weit gegen den Oesophagus hin gereizt. Sollen in dem nach Lage der ätiologischen Verhältnisse am häufigsten vorkommenden Falle beide N. recurrentes faradisirt werden, so sind die Elekroden an den unteren Hörnern des Schildknorpels anzusetzen. Der Strom wird etwa so stark gewählt, dass er eben die Muskeln des Daumenballens in Contraction zu versetzen vermag. — Meine Ansicht, dass beide Kehlkopfsnervenpaare für die percutane faradische Reizung erreichbar seien, stützt sich auf eine Reihe so erzielter Heilungsfälle, die noch Niemand anders zu erklären ernstlich versucht hat, und auf genaue physiologische Versuche, deren Wiederholung stets dasselbe Resultat ergeben hat. Die dagegen von sehr geachteter Seite her vorgebrachten Zweifel sind mir um so weniger verständlich, als von derselben Seite her die percutane Reizbarkeit weit tiefer gelegener Nervenäste als feststehende Thatsache betrachtet wird. In vielen Fällen rheumatischer, katarrhalischer, reflectorischer Lähmung kann man nach dieser Methode sofort die Diagnose sicher stellen, d. h. die Aphonie oder Heiserkeit beseitigen. Gelingt dies nicht, so ist freilich immer noch möglich, dass man es mit einer cerebralen, idiomusculären oder schon mit Muskelatrophie verknüpften Lähmung zu thun hat.

Für die Lähmung einzelner Muskeln und jene Fälle, die der percutanen Methode Widerstand leisten, ist die directe Faradisation zunächst zu versuchen. Schon vom 5. Lebensjahre an wird sie bei einiger Gelehrigkeit der Kinder ausführbar sein. Man lässt die negative Elektrode von dem Kranken selbst gegen seine linke Volarfläche drücken, oder durch einen Assistenten an die vordere Fläche des Halses halten, führt indess mit der linken Hand den Kehlkopfspiegel ein, mit der rechten die positive Elektrode. Als solche dient der Laryngeal-Galvaniser von Morel Mackenzie, oder in Ermangelung dessen ein passend gekrümmter Metallstab, an der Spitze mit etwas feuchtem Schwamm umwickelt. Man trifft mit dieser Elektrode den M. aryt. transversus an der hinteren Fläche des Giesskannenknorpel, den Crico-arytaenoideus lat. in der Tiefe des Sinus pyriformis nach hinten gegen den äusseren Rand der Platte des Ringknorpels hin, den Thyreo-aryt. am Stimmbande selbst, den Crico-

aryt. post. an der hinteren Seite der Platte des Ringknorpels. Ausführlichere Angaben hierüber bei Ziemssen: Die Elektricität in der Medicin, ed. III. p. 197 u. f.

Der constante Strom eignet sich der breiten Elektroden wegen besser zur cutanen Anwendung, als zur directen. Man erzielt einzelne Male bessere Erfolge damit, wo der unterbrochene versagt oder weniger leistet. Tobold hat besonders günstige Erfahrungen damit erzielt.

Auch subcutane Strychnin-Injectionen sind hie und da in Gebrauch gezogen worden. Lewin heilte damit einen 11jährigen Knaben, bei dem die Faradisation erfolglos geblieben war.

Wo irgend angreifbare Ursachen der Stimmbandlähmung vorhanden sind, müssen sie zuerst oder zugleich mit diesen seither besprochenen symptomatischen Behandlungsweisen berücksichtigt werden. Um nur einige Fälle zu erwähnen: Die diphtheritischen Lähmungen erfordern die Anwendung von Eisen- und Chininpräparaten: auch Strychnin hat sich dabei nützlich gezeigt. Wo Scrophulose durch Drüsenanschwellung oder Struma die Stimmbandlähmung bewirkt, muss neben reichlicher Fleisch- und Milchnahrung Jod äusserlich und innerlich angewandt werden. Intermittirende Aphonie heilt, besonders wenn sie auf Malaria beruht, nach Anwendung von Chinin oder Arsenik; für die übrigen Fälle derselben sind kalte Waschungen und der innerliche Gebrauch der Valeriana zu empfehlen. In dieser hier angedeuteten Weise muss in jedem einzelnen Falle die causale Indication berücksichtigt werden.

IX. Fremdkörper in den Luftwegen.

T. Bertholle: Des corps étrangers dans les voies aëriennes. Par. 1866.

Kinder nehmen besonders oft allerlei Dinge, Münzen, Bohnen, Erbsen, Perlen etc. in den Mund, sie besitzen zugleich eine weniger geregelte und überlegte Muskelaction, so dass diese Fremdkörper leicht auf die Zungenwurzel gebracht und dann verschluckt oder durch eine rasche Inspiration in die Luftwege hereingezogen werden. Dies der Grund, warum die fragliche Affection sich besonders häufig (in $^2/_3$ der Fälle) bei Kindern findet. — Die verirrten Gegenstände selbst können der verschiedensten Art sein, so bezüglich ihrer Consistenz, ihrer Form, Grösse u. dgl. erhebliche Differenzen bedingen. Am Häufigsten sind es Erbsen, nächstdem Steine von Früchten. Flüssige oder festweiche Körper bedingen wenn nicht etwa durch ihre Massenhaftigkeit Suffocationserscheinungen, in der Regel die

geringfügigsten Folgen. Bersten z. B. während des Schlafes Retropharyngealabscesse und entleert sich die reichliche Flüssigkeit nach den Luftwegen hin, so kann allerdings Suffocation die unmittelbare Folge sein. Gewöhnlich aber erfolgt auf das «Sichverschlucken» nur ein heftiger Hustenanfall, der zur Entleerung der abnormen Contenta der Luftwege führt. Solche Hustenanfälle rufen die meisten Fremdkörper bei ihrem Durchgange durch den Larynx hervor.

Langandauernder, anhaltender Hustenreiz erfolgt nur dann, wenn durch Form und Grösse dazu geeignete Fremdkörper sich im Kehlkopfe festsetzen und so eine dauernde Irritation seiner Schleimhaut, vielleicht ausserdem Ulceration u. dergl. bewirken. Wiederkehr dieser Hustenanfälle selbst mit Zeichen der Suffocation ist vorzüglich dann zu befürchten, wenn die Fremdkörper durch den respiratorischen Luftstrom in der Trachea auf und ab bewegt werden, vorausgesetzt, dass sie nicht, wie spitze, eckige, hackige Körper am Leichtesten können, sich irgendwo festgesetzt haben und vielleicht dort mit der Zeit eine locale ungünstige Wirkung entwickeln. Natürlich übt auch die specifische Schwere derselben einen erheblichen Einfluss darauf aus, ob sie zum Oefteren in der Trachea und bis zum Larynx auf und ab bewegt werden, oder bald in einen Bronchus (am Häufigsten den rechten) und von da in dessen Seitenäste gelangen.

Obturiren sie einen Bronchus vollständig, so wird die Luft in dem zugehörigen Lungentheil resorbirt und er gelangt in den Zustand der Atelektase: ist dies bei einem grossen Abschnitte der Lunge der Fall, so wirkt dieser Vorgang in der Weise auf die übrige Lunge zurück, dass diese in entgegengesetzter Richtung sich verändert, d. h. emphysematös wird. Ist die Absperrung eines Bronchus durch den Fremdkörper unvollständig, so kann selbst mit der Zeit der hinter diesem gelegene Theil der Lunge emphysematös werden. Fremdkörper von geeigneter Form, die sich irgendwie festsetzen (Larynx, Trachea, Bronchus), bewirken Ulceration, häufigen Husten, eitrigen Auswurf, Hämoptoë, selbst mit der Zeit colliquative Erscheinungen. Auf dem Wege der Ulceration können sie die betreffenden Kanäle durchbrechen, zur Abscessbildung Veranlassung geben, Wanderungen antreten, an entfernten Stellen wieder zum Vorscheine kommen, wie dies von Nadeln bekannt ist, oder aber eine bindegewebige Hülle erhalten und so eingekapselt liegen bleiben.

Die speciellen Zeichen, welche diesen Vorgängen entsprechen, sind: von Seiten des Larynx Hustenanfälle mit Blauwerden des Gesichtes, Erstickungsgefahr, Gefühl örtlicher Reizung, krampf-

hafter Zusammenschnürung, der Anwesenheit eines Fremdkörpers. In der Trachea entsteht beim Auf- und Absteigen einer Bohne oder dergl. ein schlotterndes Geräusch, das vorn mittelst des an die Luftröhre gesetzten Stethoskopes, hinten gehört werden kann, wenn man das Ohr auf den siebenten Halswirbel legt. — Die Verstopfung eines Hauptbronchus bewirkt Schwäche oder Mangel des Athmungsgeräusches und Abschwächung der Stimmvibration auf der leidenden Seite. Atelektase, Emphysem und Abscessbildung sind nach den gewöhnlichen Regeln zu entdecken. Ausserdem ist das mehr oder weniger undeutliche Gefühl des Kranken, dass der Fremdkörper mehr auf der oder jener Seite seinen Sitz habe, mit zu berücksichtigen bei der Diagnose. Beim Sitze oberhalb der Stimmbänder kann das Laryngoskop sowohl die Diagnose sichern, als die Herausnahme leiten.

Die Prognose ist in der Regel eine sehr ernste, indem nicht allein suffocative Anfälle in jedem Augenblicke sich erneuern und directe Lebensgefahr veranlassen können, sondern auch, wenn der Fremdkörper in den unteren Abschnitten des Luftrohres seinen bleibenden Sitz nimmt und somit diese directe Gefahr ausgeschlossen bleibt, schwere Lungenkrankheiten (Pneumonie, Abscess) veranlasst werden können, und fast mit Nothwendigkeit eine Reihe von üblen Zufällen sich voraussehen lässt. — Gerade für die Prognose ist die Form und Consistenz des Eindringlings von der grössten Bedeutung: je weicher und je mehr zum Zerfalle und zur Verflüssigung geeignet, desto eher erscheint er unschädlich; dagegen, je härter, spitzer, eckiger, voluminöser derselbe, um so übler der Fall. Etwas über die Hälfte der Fälle kommt durch Wiederaushusten oder Auflösung des Fremdkörpers zur Heilung, von den tracheotomirten Fällen fast $^3/_4$.

Die Behandlung hat die Entfernung des Fremdkörpers und die Beschwichtigung der schon durch ihn entstandenen üblen Folgen zum Zwecke. Die erstere und wichtigere Indication sucht man zu erfüllen durch Darreichung von Brechmitteln, wo die heftigen Respirationsbewegungen während des Brechactes die Ausstossung bewirken sollen (Erfolg sehr unsicher; das Verfahren nicht ungefährlich), oder durch sonstige Anregung kräftiger Exspirationen, oder durch Umkehren der Patienten, so dass sie auf den Kopf zu stehen kommen und Schütteln derselben. In allen jenen Fällen, in welchen nicht Form und Consistenz des Fremdkörpers einen ungewöhnlich leichten Verlauf erwarten lassen, in welchen er sich in der Trachea

oder deren grossen Aesten befindet, liefert die Tracheotomie die besten Resultate, die zudem hiebei sich als weit weniger gefährliche Operation erweist als dort, wo es sich um entzündliche oder degenerative Larynxkrankheiten handelt. Durch den Luftröhrenschnitt wird die Ausstossung des Eindringlinges erleichtert und zudem die Gefahr der Suffocationsanfälle, soweit deren Entstehung von der Kehlkopfsmusculatur abhängt, völlig abgewendet. Die zweite Indication ist von dem Befunde im einzelnen Falle abhängig und lässt sich kaum nach allgemeinen Regeln erledigen.

C. Stenosis tracheae.

Die Verengerung der Luftröhre stellt nur einen Symptomencomplex dar, der auf die verschiedenartigsten pathologisch-anatomischen Processe sich gründen kann. Da der Diagnose dieser letzteren immer erst die Erkenntniss vorausgehen muss, dass man es mit einer Tracheostenose zu thun habe, da jene Specialdiagnose keineswegs immer möglich ist, mag es wohl gerechtfertigt erscheinen, die stenosirenden Processe hier symptomatisch zusammen zu fassen und die einzelnen anatomischen Formen nur kurz zu erwähnen. Wie die Krankheiten der Trachea überhaupt sich mit analogen Processen im Kehlkopf und den Bronchien sehr häufig vorgesellschaften — Katarrh und Diphtherie sogar in dem Maasse, dass man sie gar nicht als besondere Krankheiten der Luftröhre abzuhandeln Grund hat — so finden auch viele Stenosen der Trachea sich mit Stenosen des Kehlkopfes oder der Bronchien combinirt vor. Primäre Erkrankungen der Trachea sind überaus selten (Polypen), sie hängen fast immer von Veränderungen der Nachbarorgane ab (z. B. Compressionsstenosen, fortgeleitete Katarrhe), oder von Allgemeinkrankheiten (Syphilis, Scrophulose).

Die Trachealstenosen beruhen auf Erkrankung der Wände der Luftröhre oder auf Compression; die von anomalem Inhalte herrührenden kommen entweder für das Kindesalter nicht in Betracht, oder sie sind schon früher zur Besprechung gekommen (Fremdkörper, Croup).

Eine angeborene Form wird bei Rokitansky, Bednar u. A. erwähnt. Rahn-Escher beschrieb einen solchen Fall: bei einem Kinde, das 20 Wochen alt wurde, war der Kehlkopf auffallend klein, seine Knorpel, sowie die 3 obersten Trachealringe hart, wie verknöchert, ihre Band- und Gelenkverbindungen straff,

unnachgiebig, die ganze Trachea eng, wie bei einem 6monatlichen Fötus. Ausserdem war die Ausbildung der Lungen nur bis zur Scheidung grobblasiger Räume gelangt, der Pylorus verengt. Zeichen bei Lebzeiten: schwache, heisere Stimme, Athemnoth, unregelmässiges Athmen, gestörtes Saugen, keine Cyanose.

Polypen der Trachea sind von Lieutaud und von Steiner beschrieben worden. In dem ersteren Falle erstickte der 12jährige Knabe, indem der spontan losgerissene Polyp zwischen die Stimmbänder sich einklemmte. In der Beobachtung von Maisonneuve erstrecken sich die Blumenkohlgeschwülste des Larynx auch noch in die Trachea herab. Von Krishaber wurde bei einem 32 M. alten Kinde zweimale die Tracheotomie gemacht, wie die Section ergab wegen eines Papillomes der Trachea.

Von Perichondritis suppurativa sind mir nur von Erwachsenen Fällen bekannt (z. B. Jurine), dagegen ist Verengerung der Luftröhre und der Bronchien durch productive Perichondritis (Bildung zahlreicher feiner, ossificirender Ekchondrosen) von Gintrac bei einem 8jährigen Knaben beobachtet worden. Syphilitische Erkrankung der Luftröhre, ausgedehnte Geschwürsbildung, Bloslegung, Verbiegung, Zerstörung der Knorpelringe, dann Entstehung constringirender, leisten- oder ringförmiger Narben mit starker Schwellung der benachbarten Drüsen kommt gleichfalls vor. Sitz der Erkrankung kann der oberste Theil, die Gegend der Bifurcation allein, oder die ganze Luftröhre sein. In den von Steiner und mir beschriebenen Fällen handelte es sich um ererbte Syphilis bei Kindern von 12 und 6 Jahren. Der Fall von v. Hüttenbrenner ist ausgezeichnet dadurch, dass es sich neben der narbigen Schrumpfung des untersten Trachealendes zugleich um eine rechtsseitige Bronchostenose handelt. Auch beschrieb Woronichin ein Geschwür auf Trachea und rechtem Bronchus.

Compressionsstenosen entstehen durch angeborenen Kropf und verursachen in diesem Falle das sog. Asthma thyreoideum; gegen Ende des Kindesalters werden sie durch den heranwachsenden erworbenen Kropf bedingt, der namentlich, soferne die Schilddrüse unter das Brustbein reicht oder durch stark entwickelte Halsmuskeln nach innen gedrängt wird, die Luftröhre in Form einer Säbelscheide, eines Prismas u. s. w. flach drückt. Dabei atrophiren die Knorpelringe oder accodomodiren ihre Form, so dass selbst, wenn das Hinderniss hinweggeräumt wird (Punction einer Struma cystica), die Verengerung der Luftröhre fortdauern kann.

An und oberhalb der verengten Stelle zeigen sich häufig Spuren von venöser Hyperämie, Katarrh und ödematöser Wulstung der Schleimhaut.

Eine zweite für das Kindesalter besonders wichtige comprimirende Ursache liegt in der Druckwirkung entzündeter Lymphdrüsen. Man hat hier zwei Hauptstellen der Erkrankung zu unterscheiden: Die Lymphdrüsengeschwülste am Halse platten den oberen Theil der Trachea seitlich ab und wirken zugleich durch Knickung der Luftröhre verengernd ein; die Drüsen, welche die Bifurcation umgeben, machen an einzelnen Stellen Eindrücke in die Wand der Luftröhre und eines Bronchus, oder beider. Sectionsbefunde der Art sind z. B. von Romberg, Alken u. A. mitgetheilt worden. Wie sehr dabei die Wand der Luftröhre verdünnt werden kann, zeigen Fälle wie jener von Edwards, in dem bei einem 8jährigen Knaben ein sequestrirtes Stück einer Bronchialdrüse in die Luftröhre durchbrach und, in die Glottis eingeklemmt, Erstickung herbeiführte. Compression der Trachea durch einen Congestionsabscess im hinteren Mediastinalraum wurde von Janisch (Monti) beobachtet.

Auch durch Hypertrophie der Thymusdrüse kann Verengerung der Luftröhre und erschwertes Athmen entstehen.

Endlich hätte ich noch der durch grössere pleuritische Exsudate oder einseitige Schrumpfung der Lunge bedingten Knickung und Verengerung der Trachea an der geknickten Stelle zu gedenken. Es ist dies ein wenig gekanntes Verhältniss, durch das croupartige Symptome bewirkt werden können.

Die Tracheostenose gibt sich zu erkennen durch in gleicher Weise, wie bei Laryngostenose, erschwertes, mühsames, tönendes, relativ langsames Athmen. Die unterscheidenden Merkmale sind folgende:

1) Die äussere Betastung am Halse lässt Verengerung oder Knickung der Luftröhre erkennen, oder man fühlt an einer Stelle der Luftröhre oder des Manubrium sterni ein dem tönenden Athmungsgeräusch entsprechendes Schwirren, das am Larynx fehlt.

2) Gleichzeitige Bronchostenose bewirkt stärkeres complementäres Einsinken einer Hälfte der Brust beim Inspirium und halbseitige Abschwächung des vesiculären Athmungsgeräusches (besonders wichtig bei Syphilis und Bronchialdrüsenschwellung).

3) Geringere, fast mangelnde Auf- und Abbewegung des Kehlkopfes, mehr vorwärts geneigte Haltung des Kopfes.

4) Die Stimme ist erhalten, falls nicht gleichzeitige Kehlkopfserkrankungen vorhanden sind, nur ist sie von geringem Umfange, besonders arm an hohen Tönen.

Der Kehlkopfspiegel zeigt den Kehlkopf frei — dies genügt, wo durch andere Zeichen eine Verengerung der oberen Luftwege sicher gestellt ist — oder er lässt sogar die verengte Stelle der Luftröhre erkennen, und liefert über Grad der Verengerung und Art ihrer Begründung Aufschlüsse.

Für die Diagnose sind die eben aufgeführten Zeichen zu benützen. Man hüte sich nicht allein vor Verwechselung mit Kehlkopfsleiden, sondern auch mit reiner Bronchostenose, Bronchitis capillaris, crouposa, endlich mit chronischen Lungen- oder Pleuraerkrankungen. Bei der Behandlung hüte man sich vor Blutentziehungen, nauseosen oder brechenerregenden Mitteln, die bis jetzt noch eine grosse Rolle in den betreffenden Krankengeschichten spielen. Der Kranke braucht alle seine Kräfte, um wenigstens eine Zeit lang durch die Leistungen seiner Respirationsmuskeln sein Uebel zu compensiren. Die Anwendung der comprimirten Luft schafft grosse Erleichterung. Abgesehen von etwaiger mechanischer Einwirkung auf die angeschwollene Schleimhaut der verengten Stelle, bewirkt sie eine reichliche Speisung der Gewebe des Körpers mit Sauerstoff, eine Ausspülung der Kohlensäure und der Schlacken des unvollständigen Oxydationsprocesses. Im Uebrigen ist die Behandlung von den Ursachen der Verengung abhängig. Gegen Strumen oder Syphilis zeigt sich innerer Jodgebrauch erfolgreich, gegen letztere wenigstens in ihrem ersten rein irritativen Stadium. Später beschleunigt und steigert die Heilung syphililitischer Geschwüre die Narbenconstriction und wirkt also eher ungünstig ein. Gegen Bronchialdrüsengeschwülste sind antiscrophulöse Mittel, gleichfalls Jod, dann Leberthran anzuwenden. Polypen sind wenigstens beim Erwachsenen schon mit Erfolg operativ behandelt worden (Schrötter).

Tumor mediastini.

Huber: Zur Casuistik der Med. Tumoren. D. Arch. f. klin. Med. 1876. Kpt. 4 u. 5.

D. Kropf der Neugeborenen.

K. E. Hasse: Anatomische Beschreibung der Krankheiten der Cirkulations- und Respirationsorgane. Leipzig 1841. p. 522.

Fr. Betz: Ueber den Kropf der Neugeborenen. In Henle und Pfeuffer's Zeitschrift für rationelle Medicin. Bd. IX. 1850. p. 233.
R. Virchow: Ges. Abhandlungen p. 980 und Die krankhaften Geschwülste Bd. III. p. 51.
A. Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge III. p. 77.
O. Spiegelberg: Drei Fälle von Struma congenita. Würzb. med. Zeitschrift V. p. 160.

In Kropfgegenden und in Familien, die mit Kropf behaftet sind, kommen bisweilen Kinder zur Welt, die eine gleichmässige Anschwellung der Schilddrüse zeigen, die halb ringförmig am Halse vorragt und Aehnlichkeit mit einem Fettwulste besitzt. Die Schilddrüse des Neugeborenen ist ohnehin schon relativ grösser: sie bildet einen 4—6mal grösseren Theil des Körpergewichtes als beim Erwachsenen. Man findet in den erwähnten Fällen das Gewebe der Schilddrüse hypertrophisch, von einzelnen kleinen Extravasaten durchsetzt und die Gefässe beträchtlich erweitert. Sie liegt oft hoch, fast im Niveau des Zungenbeines, und umfasst zwingenförmig den obersten Theil der Luftröhre nach Hinten zu. Seltener sind die Fälle, in denen ein Lappen der im Ganzen mässig vergrösserten Drüse bis zum Umfange eines Gänseeies anschwillt und eine höckerige Vorragung am Halse bildet. In diesem Fall finden sich Kolloidknoten oder grössere Cysten in dem angeschwollenen Lappen. Fälle der ersteren Art hat namentlich Betz, die der letzteren Bednar beschrieben. Der Geburtsmechanismus hat einen gewissen Einfluss auf Anschwellung der Schilddrüse. Hecker hat dies namentlich für die Gesichtslage nachgewiesen. Aber auch bei unreifen Früchten, die leicht zur Welt kamen, hat man Geschwülste der Schilddrüse selbst in Form grösserer Knoten gefunden.

Die damit behafteten Kinder kommen häufig scheintodt zur Welt, zeigen starke Blutüberfüllung der Körpervenen, athmen mit tönendem Geräusch, mühsam und unregelmässig, schreien mit heiserer Stimme. Bednar, Spiegelberg u. A. erwähnten Fälle, in denen kurz nach der Geburt der Tod durch Erstickung erfolgte. Bednar macht noch besonders darauf aufmerksam, dass Vergrösserung der Thymus, Herzhypertrophie, anomaler Verlauf der grösseren Gefässäste und andere Bildungsfehler häufig damit zusammen vorkommen. Durch diese wird die Cyanose und Dyspnöe gesteigert. Auch das Saugen ist in dem Maasse wie bei jeder Schwerathmigkeit gestört: es wird öfter versucht, muss aber sogleich wieder unterbrochen werden; mit eintretender Asphyxie hören auch diese Versuche auf. Wird durch die verengte Luftröhre vermittelst einer-

gischer Thätigkeit der Athemmuskeln Luft genug hereingebracht, um die Lunge ganz aufzublähen, so verschwindet nach einigen Tagen die Anschwellung der Schilddrüse, soweit sie eine gleichmässige war; nur diejenigen Höcker, die von Cysten oder Kolloidknoten herrühren, bleiben bestehen und wachsen. Nimmt dieser Kampf um die Athmungsluft die ersten Tage des Kindes in Anspruch, so resultiren daraus leicht Nachtheile für die Lunge, ihre in Atelektase verharrenden Theile werden hyperämisch, ödematös, bronchopneumonisch (Bednar), gerade so wie bei anderen Stenosen der oberen Luftwege. Auch für das Gehirn sind der Sauerstoffmangel und die venöse Blutüberladung, in die es versetzt wird, nicht gleichgültig. Es können dadurch dem Tode vorausgehende Krampfanfälle bedingt werden. Oedem und Hyperämie des Gehirnes bezeichnet Bednar als häufigen Befund. Von den beiden mir früher zur Beobachtung gekommenen Fällen führte der eine, in dem die Athemnoth sehr heftig gewesen war, nach einigen Jahren zu Epilepsie und Blödsinn. Die meisten Beobachtungen stammen aus entschiedenen Kropfgegenden, in den 3 Fällen von Spiegelberg waren die Mütter selbst mit Kropf behaftet. Meine beiden Fälle betrafen aus kropffreien Gegenden vor wenigen Jahren nach Jena gekommene, selbst von Kropf freie Familien. Man sieht daraus, dass die den Kropf erzeugende Ursache den Körper der Mutter, ohne auf ihn einzuwirken, durchlaufen und an ihrer Frucht zur Einwirkung gelangen kann.

Die Behandlung hat zum ersten Zwecke die vollständige Einleitung der Respiration. Es kommt darauf an, die Athmungsmuskeln in kräftige Thätigkeit zu versetzen und den die Luftröhre verengenden Druck der Schilddrüse zu vermindern. Kommt die Athmung richtig in Gang, so nimmt die Blutüberfüllung der Schilddrüse ohnehin rasch ab, kalte Uebergiessungen der Brust und des Halses im warmen Bad regen kräftige Athembewegungen an und mindern zugleich die überwiegend auf Hyperämie beruhende Schwellung der Schilddrüse. Da die Ernährung sehr erschwert ist, versuche man Wein tropfenweise beizubringen. In schweren Fällen würden fortwährende kalte Umschläge auf die Schilddrüse und faradische Reizung der Einathmungsmuskeln zu versuchen sein. Auch bei denjenigen Kröpfen, die das Athmen nicht wesentlich beeinträchtigen, ist für die ersten Tage die örtliche Anwendung der Kälte am Meisten anzurathen. Sie wird, entsprechend den für dieses Alter geltenden Rücksichten, nicht in zu grosser Ausdehnung und nur mit Unterbrechungen einwirken dürfen. In späterer Zeit, dann

bei höckerigen, unebenen Geschwülsten der Schilddrüse von Anfang an ist die Anwendung von Jodsalbe angezeigt.

Die erworbene Struma erreicht gewöhnlich erst jenseits des Kindesalters diejenige Grösse und geht diejenigen Umwandlungen ein, wodurch sie pathologisch interessant wird. Dennoch sind ihre Anfänge, die meistens in die Zeit zwischen das zweite Zahnen und die Grenze des Kindesalters fallen, sehr berücksichtigenswerth. Diejenigen Leute, welche von Jugend auf der Einwirkung der endemischen, kropferzeugenden Ursachen ausgesetzt sind, bekommen, wenn überhaupt, dann in der erwähnten Zeit die Anfänge des Uebels, und zu dieser Zeit ist die Behandlung wirksamer als später. Man hat es da nur erst mit Hyperplasie und geringer Bildung kolloider Knötchen zu thun, während Verkalkung und Entstehung grösserer Cysten erst späterhin hinzutritt. Zudem sind bei der Behandlung der Anfänge des Kropfes die als Jodismus bekannten Erscheinungen weniger zu fürchten. Kurz, für alle Fälle empfiehlt sich die frühzeitige Beachtung und Behandlung der später so leicht zur Entstellung und Lebensgefahr führenden Schilddrüsenanschwellung. Als wirksam können empfohlen werden: längerer Aufenthalt in einer kropffreien Gegend, am Besten an der Meeresküste, innerer Gebrauch von Jodkalium, Bepinselung der Haut am Halse mit Jodtinctur, Jodinjection in das Parenchym der Schilddrüse. Bei Bepinselung wirkt das Jod auf dem Wege der Inhalation, von der Haut aus wird es nicht resorbirt. Manche wenden mit Vorliebe jodhaltige Mineralwasser, z. B. Adelheidsquelle oder Kreuznacher Wasser an.

E. Krankheiten der Bronchien und der Lunge.

I. Bronchial-Katarrh.

A. Biermer in Virchow's Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. V. Abth. I. p. 647 u. f.
Rilliet und Barthez: Traité clin. et prat. des maladies des enfants. Ed. II. Bd. I. p. 388.
Fauvel: Recherches sur la bronchite purulente et pseudomembr. Thèse. Par. 1840.
Hauner: Bronchialkrankheiten im Jahrb. f. Kinderheilk. V. p. 76 u. f.
Steiner: Die Bronchitis catarrh. sicca bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. 1868. p. 209.

Die Ursachen sind etwa die gleichen, wie für die Kehlkopfskatarrhe, durch deren Fortleitung nach Abwärts die meisten Bron-

chialkatarrhe entstehen: Erkältung, Einathmen von chemisch oder mechanisch reizenden Stoffen erzeugen die primären Formen, secundäre Katarrhe sind die Folge von Fortleitung von den nächstangrenzenden Schleimhautbezirken her, von dem Reiz benachbarter Krankheitsheerde im Lungengewebe, oder sie sind Symptom acuter oder chronischer Allgemein- oder Brustkrankheiten. Masern, Keuchhusten, Croup, Pneumonie, Phthise, Scrophulose, Rachitis verlaufen selten ohne Bronchialkatarrh.

Die anatomischen Veränderungen bestehen in Röthe, Schwellung und vermehrter, zellenreicher Absonderung der Schleimhaut, wozu bei längerer Dauer Erweiterung des Bronchialrohres, Verdickung der Schleimhaut und Bildung seichter Erosionen hinzutreten können. Steigt der Katarrh bis in die feinsten Bronchien hinab, so können, während diese selbst erweitert und mit schleimig-eitriger Absonderung erfüllt werden, die benachbarten Alveolen mit weissen Anhäufungen wuchernder Zellen vollgepfropft werden und so weissliche Knoten bilden, in deren Mitte auf dem Schnitte der erweiterte Bronchus ein Tröpfchen Schleim entleert (Katarrhal-Pneumonie). Dieser Zustand entwickelt sich besonders oft in dem Lungengewebe, das durch die Verstopfung seiner zuführenden Bronchien zuvor schon atelektatisch geworden war. Umgekehrt kann in Folge häufiger, heftiger Hustenbewegungen Lungenemphysem entstehen. Mechanische Verhältnisse der Athembewegung des Brustkorbes bringen es mit sich, dass oft Emphysem der oberen Lappen und gleichzeitig Atelektase der unteren entsteht. Acute Katarrhe versetzen die benachbarten Bronchialdrüsen in entzündliche Anschwellungen. Als seltenere Folgen der Katarrhe sind zu erwähnen: sackförmige Bronchiektasie und Entzündung der benachbarten Pleura.

Unter den Symptomen pflegen die der Fieberbewegung geringfügig und unregelmässig zu sein. In der ersten Zeit können bei älteren Kindern lebhafte Brust- und verbreitete Muskelschmerzen sich geltend machen. Regelmässig tritt der Husten Anfangs trocken und peinlich, in den nächsten Tagen lose und rasselnd auf. Da der Auswurf gewöhnlich nicht zum Vorschein kommt, so muss man das Hauptkennzeichen des Katarrhes in häufigen Hustenbewegungen und negativen oder geringfügigen Ergebnissen der Percussion und Auscultation erkennen. Die Athembewegung ist in dem Maasse erschwert und angestrengt, in dem die Luftwege durch Schwellung der Mucosa oder durch Ansammlung von Schleim verengt sind. Die Percussion gibt, so lange es sich um einfachen Katarrh handelt,

keine Veränderung zu erkennen. Die Auscultation lässt bei Katarrh der gröberen Bronchien an der Brustwand nur schwaches, rauhes oder unterbrochenes Athmungsgeräusch wahrnehmen, keine Rasselgeräusche; dagegen hört man grossblasige, feuchte, dem Brodeln siedenden Wassers ähnliche Rasselgeräusche, wenn der Kranke bei weit geöffnetem Munde tief athmet. Dieses Rasseln erscheint täuschend dem Ohre so nah, als entstünde es in der Mund- oder Rachenhöhle. Bei dem Sitze der Krankheit an den feineren Bronchien sind ungleichblasige, feuchte, dumpfe Rasselgeräusche auch an der Brustwand, namentlich auch an den unteren Lappen zu hören. Katarrh mit Schleimverstopfung vieler Bronchien bewirkt häufige angestrengte Athemzüge, Einziehung längs der Ursprungslinie des Zwerchfelles, häufigen, kleinen Puls, Ueberfüllung der Venen und blasses bleifarbenes Aussehen. Die meisten Katarrhe wandern von den oberen Luftwegen nach Abwärts. Man nennt sie Tracheobronchitis zu der Zeit, wo sie von der Luftröhre auf die grösseren Bronchien übergreifen, besonders aber falls sie sich von diesen nicht mehr weiter verbreiten.

Katarrhe, die die kleinen Bronchien in grosser Zahl betreffen, werden als Bronchitis capillaris bezeichnet. Es stellt diese eine der gefürchtetsten Kinderkrankheiten dar, die namentlich bei Säuglingen häufig auftritt. Man findet sie entweder abhängig von Masern, Scharlach, Keuchhusten und ähnlichen zu Katarrh disponirenden Erkrankungen, oder man kann ihre Entstehungsweise dahin verfolgen, dass ein gewöhnlicher Katarrh mit Schnupfen beginnt, kürzere oder längere Zeit an den grösseren Bronchien in ziemlich unschuldiger Weise sich aufhält und dann erst auf irgend welche äusseren Gründe hin mitunter überaus rasch und heftig die feinen Bronchien befällt. Die Athemnoth steigert sich bald bis zur Orthopnöe, die Zahl der Athemzüge kann auf 60—80 steigen. Die Athmung geschieht oberflächlich, die sämmtlichen Inspiratoren ziehen sich rasch und kräftig zusammen, aber verharren nur kurze Zeit in Contraction; auch die Exspiration geschieht durch starke Muskelanstrengung. Der Husten ist zwar häufig, aber er tritt doch gegen die Athemnoth zurück. Trotz niederer Körperwärme zeigt sich der Puls ausserordentlich beschleunigt. Die durch die Lungenerkrankung bewirkte Störung des kleinen Kreislaufes muss dies verursachen; oft kann das rechte Herz als erweitert percutirt werden, es findet eine starke Rückstauung in die Venen Statt. Die Kranken bekommen ein blassbläuliches, gedunsenes Aussehen, der arterielle

Druck sinkt, so dass der Puls klein und die Harnmenge gering wird. Schon desshalb, dann entsprechend der verminderten Sauerstoffaufnahme wird reichlich Harnsäure ausgeschieden. Profuses Schwitzen ist ganz gewöhnlich. Viele Kranke gehen unter den Erscheinungen der Kohlensäure-Narkose, manche auch unter durch Hirnanämie bedingten Convulsionen zu Grunde. An der Brust ist der Percussionsschall in grosser Ausdehnung etwas tympanitisch und leerer, doch fehlt wenigstens in der ersten Zeit jede umschriebene Dämpfung. Der Tod kann schon am ersten Tage und von da bis nach 14 Tagen etwa eintreten. Ereignet er sich noch später, so wirken schon Folgezustände, wie Atelektase, Pneumonie mit. Die Genesung nimmt immer eine längere Zeit für sich in Anspruch.

Diejenigen Kinder, die von Jugend auf der frischen Luft viel ausgesetzt und kalt gewaschen werden, leiden wenig an Katarrhen; die Jammerkinder, die bei Ostwind nicht ausgehen können, nichts Kaltes trinken können, Flanell nicht entbehren können, bei denen das Haarschneiden für eine möglichst selten zu bestehende Gefahr gilt — alles das der Erkältungen halber — sind freilich schwer von der durch Verzärtelung und Stubenluft anerzogenen Neigung zu Katarrhen zu befreien. Kräftigende und abhärtende Erziehung ist das beste Prophylacticum gegen Katarrhe. Am Meisten verursacht die Entstehung der Katarrhe das Einathmen verdorbener, chemisch verunreinigter, rauchiger, staubiger Luft. Viel Aufenthalt im Freien mindert die Neigung zu Katarrhen. Selbst in acuten Krankheiten werden durch fleissiges Lüften und kalte Umschläge auf die Brust Complicationen von Seiten der Bronchien abgehalten, nicht hervorgerufen. Bartels hat dafür schlagende Erfahrungen beigebracht. Wo man zu Hause mit solchen Grundsätzen nicht durchdringt, erleichtert ein Seebad oder Landaufenthalt deren Einführung. Leichtere Katarrhe (Tracheobronchitis) bedürfen kaum anderer Behandlung, als dass man die Kinder in gleichmässiger Temperatur und guter, unverdorbener Luft sich aufhalten lässt und reichlich Selterswasser mit Milch, Brustthee oder ähnliche lauwarme Getränke verabfolgt. Gewaltthätiges Eingreifen mit Blutentziehungen, Brechmittel, Eckel erregende Mixturen führen weit eher die schlimmen Formen der Bronchitis herbei, als dass sie die leichten heilen. Bei der Bronchitis capillaris kann man die Erfahrung benutzen, dass durch starke Transspiration die Absonderung an den Luftwegen vermindert wird. Senfteige auf die Brust, warme Einwickelung der Extremitäten lenken den Blutandrang von der Lunge

ab. Einathmungen von kohlensaurem Natron, Salmiak verflüssigen den Auswurf und beugen der Verstopfung der Bronchien vor. Man wird selten stimulirende Mittel, wie Ammon. sol. anisat., Wein, Senega, Moschus entbehren können, und zur Anwendung der Brechmittel nur zur Beseitigung starker Schleimanhäufung sich entschliessen.

Opiate, zur Bekämpfung heftigen Hustenreizes mitunter nöthig, sind doch in den schweren Fällen so viel als möglich zu vermeiden. Bei etwas langsamerem Verlauf und schwächlicher Constitution passen die Eisenpräparate. Ich habe bei dieser Behandlung keinen Grund gehabt, die capillare Form so sehr zu fürchten, als dies offenbar bei den französischen und englischen Kinderärzten der Fall ist. Der Verlauf war meist ein günstiger.

Chronischer Bronchialkatarrh geht aus öfterer Einwirkung derselben Ursachen hervor, die die acute Form erregen, oder er wird durch bestimmte Formen krankhafter Constitution, z. B. Scrophulose, Syphilis, Rachitis unterhalten. Hier tritt die Athemnoth soweit zurück, dass sie nur bei stärkeren Körperanstrengungen bemerkt wird. Das Hauptsymptom bildet das häufige erfolgreiche Aushusten schleimigen Auswurfs. Es bedarf öfterer genauerer Untersuchung, um lobuläre Pneumonie oder Atelektase, die sich daran anschliesst, nicht zu übersehen und anderseits Katarrh von phthisischen Processen richtig zu unterscheiden. Die Behandlung wird am Wirksamsten geführt durch Tonica solventia innerlich, z. B. Eisensalmiak, Eisenpulver mit kohlensaurem Kali und durch Anwendung adstringirender oder balsamischer Einathmungen, wie Alaun-, Tanninlösung, Theer- oder Terpentindämpfe.

Bronchitis sicca, Katarrh ohne Absonderung, kommt sowohl vor als frühes vorübergehendes Stadium, wie als besondere Form, die bei ihren Eigenschaften beharrt. Letztere zeichnet sich durch Athemnoth, heftigen trockenen Husten, bald hinzutretendes Emphysem aus. Ein Theil der Symptome ist wahrscheinlich durch Druckwirkung der stark anschwellenden Bronchialdrüsen bedingt. Der Verlauf soll gewöhnlich lethal enden, doch fragt es sich, wie viel Einfluss hiebei Bronchialdrüsenverkäsung und andere Complicationen üben. Zur Behandlung sind Tonica und indifferente oder lösende Einathmungen zu empfehlen (Kochsalz, Soda, Salmiak).

II. Bronchitis pseudomembranacea.

Bronchitis crouposa, fibrinosa, plastica.

Biermer: Virchow's spec. Path. Bd. V. p. 714 u. f.
Lebert: Ueber das Vorkommen fibrinöser Entzündungs-Produkte in den Bronchien und Lungenalveolen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. VI. p. 74 u. 126.

Jede mehrtägige Erkrankung der oberen Luftwege an Diphtheritis pflanzt sich nothwendig nach der Trachea, und bei entsprechend langer Dauer auch nach den Bronchien hin fort. Diese secundäre Form von Diphtheritis der Bronchien ist unter den meist obwaltenden Umständen kaum diagnosticirbar. Als Contraindication der Tracheotomie ist sie mehr gefürchtet, als eigentlich nöthig wäre. Wenn man nur immer früh genug tracheotomirte, würde man ihr kaum begegnen.

Durch Remak wurde eine fibrinöse Entzündung der feineren Bronchien als Begleiterin der genuinen Pneumonie nachgewiesen. Sie ist fast constant vorhanden und dehnt sich in einzelnen Fällen auf grössere Bronchien aus, so dass mit dem pneumonischen Auswurf auffallend grosse, mehrfach verästelte Bronchialgerinnsel zum Vorschein kommen.

Ausser diesen beiden untergeordneten Formen findet sich drittens eine selbständige, höchstens mit Katarrh einhergehende Entzündungsform der Bronchien, die zur Bildung von weissen, fibrinartig reagirenden Abgüssen dieser Röhren führt. Sie gehört entschieden zu den selteneren Brustkrankheiten. Sie kommt als chronische, gleichmässig sich fortentwickelnde Form; als chronische intermittirende Erkrankung und endlich als acute Krankheitsform vor. In letzterer Form ist sie nur bei Kindern beobachtet, während sie chronisch auftretend bei Erwachsenen sich bei weitem häufiger findet. Sie wurde einmal bei einem neugeborenen Kinde getroffen (Hayn), aussserdem in allen Altersstufen, verhältnissmässig oft gegen die Grenze des Kindesalters hin. Ansteckend ist diese Krankheitsform mit Bestimmtheit nicht. Bei Weibern steht sie in auffallendem Zusammenhange mit der Menstruation und Schwangerschaft. Die intermittirenden Fälle lassen sich sämmtlich zurückführen auf das jedesmalige Auftreten während eines dieser beiden Zustände. In einer Minderzahl von Fällen schien sie in einiger Beziehung mit gleichzeitiger oder nachher sich entwickelnder Phthise zu stehen.

Das einzige beweisende Zeichen der Krankheit ist das Aus-

husten von weissen oder weissgelben baumartig verzweigten, röhrenförmigen oder cylindrischen Gerinnseln, die zusammengeballt, mit mehr oder weniger Blut gemengt, gelegentlich zum Vorschein kommen. Breitet man diese in Wasser aus, so kann man an den grösseren Stücken die Abdrücke der Bronchialknorpel, die Längsriefen der elastischen Züge an der hinteren Bronchialwand, an den kleineren die vielfache dichotome Verästelung erkennen. Katarrh begleitet die Krankheit in allen ihren Formen, Auswurf schleimiger Sputa geht dem bezeichnenden, gerinnselhältigen voraus. Der Katarrh kann sich mit ungewöhnlich starker Athemnoth verbinden, ehe es zum Aushusten der Gerinnsel kommt, dann, wenn sich diese in grossen oder in vielen Bronchien bilden. Hierauf gründen sich einige physikalische Erscheinungen: verminderte Athembewegung der Brustwand, aufgehobenes Athmungsgeräusch, verminderte Stimmvibration, wenn der Hauptbronchus einer Seite oder eines Lappens befallen ist. Bei acutem Verlaufe der fibrinösen oder der begleitenden catarrhalischen Bronchitis ist Fieber von mässiger Höhe und unregelmässigem Verlauf vorhanden, bei dem namentlich mehrgipfelige Tagescurven und mehrere Remissionen oder Intermissionen in einem Tage auffällig werden. Bisweilen auch flüchtiges Seitenstechen, Schmerz oder Wundsein unter dem Sternum. Zur Zeit, wo ein grösserer Theil des Lumens der Luftwege von Gerinnseln verstopft ist, erweist sich am Spirometer die vitale Capacität vermindert, während sie nach dem Aushusten der Gerinnungen wieder zu normaler Höhe ansteigt. Auch bei Kindern hat man in mehreren Fällen dieses Uebel mit phthisischem Lungenleiden combinirt oder in solches endend gesehen.

Wo die Untersuchung der Lunge weder Verdichtung noch localisirten Katarrh der Spitzen ergibt, und im Auswurf elastische Fasern unter dem Mikroskop nicht nachweisbar sind, ist die Prognose günstig, wenigstens für die chronische Form. Bei dieser ist die Behandlung mittelst roborirender Mittel innerlich zu führen, namentlich Eisen und Chinin sind am Platze, auch Jodkalium wird empfohlen; örtlich erweisen die Einathmungen von Kalkwasser oder kohlensaurem Lithion zu 1 % in Wasser gelöst, vorzügliche Dienste. Für die acute Form würde ich neben der gleichen Inhalationstherapie zum inneren Gebrauche Ammon. anisat., vin. stibiat. oder brechenerregende Dosen Ipecacuanha versuchen.

III. Bronchiektasie.

A. Biermer: Zur Theorie und Anatomie der Bronchienerweiterung. Virch. Arch. XIX.
H. Bamberger: Bemerkungen über die Bronchectasis sacciformis. Oestr. Zeitschrift f. prakt. Heilk. 1859. 2. und 3.
C. W. Trojanowsky: Klinische Beiträge zur Lehre von der Bronchiektasie. Diss. inaug. Dorpat 1864.
Fr. Holzhausen: Ueber Bronchiektasie. Diss. inaug. Jen. 1865.
Rilliet et Barthez: Malad. des enfants. Ed. II. t. I. p. 509.

Unter 208 Fällen von Bronchiektasie verschiedener Autoren betreffen 19 Kinder. Man sieht daraus, dass stark entwickelte, sackförmige Bronchiektasieen im Kindesalter selten vorkommen; wesentlich anders würde sich das Resultat stellen, wenn man die vorübergehenden, cylindrischen Formen mitrechnen könnte. Die Bronchien der Kindern ändern mit grösserer Leichtigkeit ihr Kaliber sowohl im Sinne der Erweiterung, als auch in dem der Wiederverengerung. Die Leichen von Kindern, die an Croup, Masern, Keuchhusten, Bronchitis, ja nur während einer dieser Krankheiten an irgend einem acuten Zwischenfall gestorben waren, zeigen an denjenigen mittelfeinen Bronchien, die Sitz starker Bronchitis sind, cylindrische oder spindelförmige Erweiterung. Auch nach diesen Krankheiten entstandene, auf sackförmiger Bronchiektasie beruhende sicher nachgewiesene Höhlen verschwinden mit der Zeit wieder vollständig. Hier ist es der positive Exspirationsdruck, der die in Folge der Entzündung schlaffwandig gewordenen Bronchien erweitert. Auch nach langsam gelösten Pneumonieen und nach Pleuritis entwickeln sich dann meist sackförmige Ektasieen. In diesen Fällen, wo die Erweiterungen innerhalb schrumpfenden Lungengewebes liegen, ist es der negative Inpirationsdruck, der sie bewirkt. Diese letztere, bleibende, gewöhnlich allein diagnosticirbare Form ist allerdings im Kindesalter seltener, als bei Erwachsenen.

Sackförmige Ektasie ist gewöhnlich mit sehr starkem Einsinken und verminderter Beweglichkeit der Brustwand verbunden, ebenso mit starker Lageveränderung des Herzens. Durch die dünnen Brustwände hindurch ist der physikalische Nachweis von Cavernen sehr leicht. Metallklang, Höhenänderung des Schalles treten sehr deutlich hervor, klingende Rasselgeräusche können oft schon an der Brustwand gefühlt, und ehe das Ohr noch ganz angelegt ist, gehört werden. Die einfache Form ist häufiger als die jauchige, bei der übelriechender, missfarbiger, sauer reagirender Auswurf geliefert

wird. Bei beiden ist der Auswurf sehr reichlich und kommt oft gussweise durch Mund und Nase zum Vorschein. Die Kranken liegen gerne auf der leidenden Seite, um weniger husten zu müssen. Viele bekommen, sobald man sie auf die gesunde Seite sich legen lässt, fortwährenden Husten und reichlichen Auswurf. Er enthält oft Fettnadeln, Cholestearinkrystalle, Blutkörperchen und auch elastische Fasern, neben den ohnehin vorkommenden Eiterkörperchen. Ist einmal Verjauchung des Höhleninhaltes eingetreten, so reiht sich bei Kindern verhältnissmässig oft Durchbruch durch die Pleura oder die Brustwand, im einen Fall mit tödtlichem Pneumothorax, im anderen mit Wahrscheinlichkeit der Heilung an. Betrifft die Erkrankung einen ganzen Lappen oder noch grössere Theile der Lunge, so hat sie Symptome venöser Stauung zur Folge, unter denen besonders die kolbige Auftreibung der Nagelglieder sich rasch entwickelt. Insofern durch Resorption putrider Substanzen auch Fiebererscheinungen auftreten können, die zur Abmagerung führen, ist die Diagnose keineswegs immer leicht. Man muss sie sogar manchmal geradezu vom Erfolg der Behandlung abhängen lassen. Dieser Erfolg ist bei Kindern mit weit grösserer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, als bei Erwachsenen. Er kann freilich vereitelt werden durch Hinzutritt von Tuberculose, Perforation der Pleura, Blutung, durch hektische Abmagerung; für gewöhnlich aber darf man ihn erwarten und in Aussicht stellen.

Die leitenden Grundsätze bei der Behannlung sind: Desinfection zersetzten Inhaltes, rasche Entleerung des Inhaltes, Verminderung der Absonderung, Wiederausdehnung des umgebenden luftleeren Lungengewebes. Den drei ersten Zwecken entsprechen: Einathmung der Dämpfe von Theer, Terpentin, Benzin, Fichtennadelöl. Lässt man diese Einathmungen oder die noch besonders zu empfehlenden von zerstäubtem Eisenchlorid in 1 % Lösung, bei halbseitiger Erkrankung in der Lage auf der gesunden Seite, vornehmen, so wird zugleich die Wiederausdehnung des umgebenden Lungengewebes gefördert. Gute Ernährung, Gymnastik, Faradisation kräftigt die Thätigkeit der Einathmungsmuskeln und fördert den gleichen Zweck. Narkotica dürfen nur dort angewandt werden, wo leerer Hustenreiz die Erweiterung zu steigern droht, nicht dort, wo wirklich etwas auszuhusten vorliegt. Nährende, stärkende Mittel, Leberthran, Eisen u. dergl. fördern die Cur. In den schlimmsten hektischen Fällen bedarf man des Chinins, der Digitalis, der kalten Umschläge, um dem Fieber entgegenzuwirken.

IV. Asthma bronchiale.

Bronchitis sicca, Bronchospasmus.

L. M. Politzer: Asthma bronchiale, Bronchienkrampf im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderkrankheiten III. 377.
Steiner: Die Bronchitis catarrhalis sicca bei Kindern. Ibid. I. p. 209.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde 1861. p. 55, 1868. p. 147.
Henoch: Ueber Asthma dyspepticum. Berl. kl. Wochenschr. 1876. nr. 18.

Der chronisch gewordene Katarrh kann hauptsächlich nach drei Richtungen hin seine weitere Entwickelung nehmen, nach der Seite der Phthise hin, nach der der Bronchiektasie und nach der des Emphysems. Die letzteren beiden finden sich sehr oft combinirt, jedoch mit Ueberwiegen des einen von beiden. Diejenige Form, in der Emphysem sich entwickelt hat und seinerseits zum Fortbestehen der Bronchialschleimhautentzündung Veranlassung gibt, verbindet sich besonders häufig mit asthmatischen Anfällen. — Das Verhältniss zum Emphysem ist offenbar ein zweifaches. Zumeist beruht wohl das Asthma auf der Grundlage des Emphysemes, aber es kann auch reflectorisch oder sonst wie bedingtes Asthma seinerseits Emphysem bewirken. Es kommt bei Kindern jeden Alters, jedoch immerhin häufiger zwischen zweiter Dentition und Pubertät vor. Kinder der besseren Stände sind häufiger betroffen, als die der Armen, wie ich mit Politzer finde. Hieran mag theilweise Verwöhnung und Verweichlichung Schuld sein, hauptsächlich liegt der Satz zu Grunde, dass chronisch-bronchitische Erkrankungen bei darbenden Armen mehr zur Phthise, bei wohlgenährten, bequem lebenden Menschen mehr zum Emphysem sich zu entwickeln geneigt sind. Als spezielle Gründe sind anzuführen: Uebersiedelung aus einem warmen in ein rauheres Klima, vorausgegangener Keuchhusten, Pseudocroup, frühzeitig entwickelte Struma, hauptsächlich aber öftere acute Katarrhe der Respirationsorgane. Sei es dass letztere in Folge vor Vernachlässigung, Rauch- und Staubinhalation, Erkältungen oder dergl. in die chronische Form übergeführt wurden, sei es dass, wie es öfter bei Wohlhabenden vorkommt, mangelnde Abhärtung gegen den Einfluss der Luft und der Kälte die acuten Katarrhe in confluirender Reihe hervorruft. Es kommt vor, dass die von Jackson mit Recht urgirte hereditäre Anlage zum Emphysem schon im Kindesalter wirksam ist. Gegen Ende des Kindesalters kommt auch bisweilen schon die Vererbung des idiosyncrasischen Sommerkatarrhes vor und bedingt bronchitisch-asthmatische Anfälle von mehrwöchent-

licher Dauer. — Nach vorausgegangenen ausgebreiteteten Hautleiden z. B. Eczema, Prurigo tritt öfter Asthma ein, wenn man will Asthma herpeticum. Asthma uraemicum hauptsächlich von Schrumpfniere abhängig, kommt im Kindesalter noch wenig vor. Polypen der Nase und des Rachens können Asthma verursachen. In vielen Fällen ist es idiosynkrasisch, so dass der Anfall jedesmal auf eine ganz bestimmte, bei anderen nicht schädliche Einwirkung hin erfolgt.

Man findet bei längerer Dauer des Leidens die Ernährung gesunken, die Hauptfarbe blass, anfallsweise bläulich. Der Thorax erscheint weit und umfangreich im Vergleich zu der Dünne der Extremitäten und des Halses, das Athmen ist erschwert, namentlich die Exspiration verlängert, in deren Mitte man das Einsetzen der Muskelhülfe deutlich erkennen kann. — Trockene Rasselgeräusche, Zischen und Pfeifen sind an der Brust, namentlich an den unteren Lappen verbreitet, werden jedoch noch leichter und lauter gehört, wenn man den Kranken mit geöffnetem Munde tief athmen lässt. Im Uebrigen finden sich die Zeichen des Emphysems mehr oder weniger entwickelt vor. Das Diaphragma steht tief, im Anfalle noch tiefer, das Herz ist fast ganz von Lunge überlagert. Die grossen Luftwege sind noch nicht gegen den Reiz der Secrete abgestumpft, beim Kinde ist auch die chronische Bronchitis mit häufigem Hustenreiz verbunden. Spärliche schaumige, zähschleimige Sputa werden herauf und bisweilen auch heraus befördert, denen nach sehr heftigem Husten Blutspuren beigemengt sein können. Man wird den Auswurf sorgfältig auf die von Leyden besonders beachteten Tyrosin-Kristalle untersuchen müssen, deren Erscheinen asthmatische Anfälle ankündigen, angeblich sogar durch Ausübung eines mikroskopischen Reizes durch ihre Kanten verursachen soll.

Die asthmatischen Anfälle entstehen bei Kindern, die mit Emphysem oder chronischer Bronchitis behaftet sind, durch frische Katarrhe, durch Gemüthserregungen, Körperanstrengungen, Diätfehler, durch den Aufenthalt an bestimmten Orten. Das Gemeinsame dieser Veranlassungen liegt in der Kohlensäureanhäufung im Blute, die sowohl entsteht, wenn frische katarrhalische Schwellung und Secretion den Luftwechsel beschränkt, als auch wenn durch Toben und Springen mehr Sauerstoff verbraucht, mehr Kohlensäure producirt wird, als auch dann, wenn z. B. in einem Schlafzimmer in der Luft einer Schule, einer grossen Stadt der Kohlensäuregehalt etwas erhöht ist. Der Anfall besteht in dem Gefühl des Lufthungers, der Erstickungsnoth, in äusserst angestrengten oder krampfhaften

Respirationsbewegungen, die mehr und mehr die Lunge mit Luft anfüllen und sie vergeblich durch langgezogene Exspirationen zu entleeren trachten. Dabei tritt Secretion der Mucosa ein, Rasselgeräusche mischen sich mit den zischenden Stenosengeräuschen an der Brust, gegen Ende des Anfalles wird unter Erleichterung zäher Schleim ausgewürgt. Während länger dauernder Anfälle wird die Haut blau und kühl, der Puls klein, die Diurese beschränkt. Das Hinzutreten von Convulsionen wird namentlich bei jüngeren Kindern beobachtet. Der Anfall kann Stunden, ja mit Nachlässen und Steigerungen tagelang dauern. Er endet unter Zurücklassung eines mehr weniger entwickelten Katarrhes und eines Zustandes von Erschlaffung und Erweiterung der Lunge, der die Anfänge oder die Bausteine zur Weiterentwickelung des Lungenemphysem's darstellt. —

Diese Anfälle sind zu unterscheiden von Keuchhusten, Croup, stenosirender Stimmbandlähmung, die sich sämmtlich durch laryngeale, mehr inspiratorische Dyspnöe auszeichnen, von den kürzeren der Erscheinungen der Bronchostenose entbehrenden Anfällen bei Lungenarterienembolie. Sie sind zu untersuchen auf die Art ihrer Begründung, wobei namentlich der Möglichkeit reflectorischer Erregung und der Abhängigkeit von Bronchialdrüsenschwellung zu gedenken ist. Zur Bestätigung der Diagnose kann selbst etwas therapeutischer Erfolg beitragen, nachdem eine vollständige und genaue Untersuchung vorangegangen ist.

Je mehr es sich um eine chronisch katarrhalische Bronchialerkrankung mit reichlichem zähem Secret handelt, um so eher wird man momentanen Erfolg von der Anwendung des Brechmittels, der Einathmung lösender Stoffe wie die des Natr. bicarbon., Ammon. carbon., Ammon. hydrochlor., später balsamischer Mittel wie des Terpentinöls, Fichtennadeledoktes, des Theers erlangen. Ableitungen wie Senfteige, Handbäder können gleichfalls erleichtern. Ueberwiegt das Emphysem als Grundlage, so kann man Salpeterpapierrauch versuchen, mehr jedoch wirken antispasmodische Mittel, unter denen Chloroformeinathmungen, noch besser kleine Dosen Chloralhydrat oben an stehen. — Um die Wiederkehr der Anfälle zu vermeiden, lässt man die Kranken Landaufenthalt in waldreicher Gegend nehmen, am pneumatischen Apparate in verdünnte Luft ausathmen, im pneumatischen Cabinet cromprimirte Luft einathmen, wovon fast sicherer Erfolg auf eine Anzahl von Monaten, wie ich ausdrücklich bemerke, auch bei Kindern zu erwarten ist, oder endlich man sucht durch mechanische Beförderung der Exspiration dem

Emphysem entgegen zu arbeiten. Ich lasse zu dem Zwecke täglich einige Male rhythmisch während der Exspiration Druck auf Hypochondrien und vordere Bauchwand ausüben. Man erzielt messbare Zunahme der vitalen Capacität. Nie versäume man, auch wenn die Anfälle einen recht ausgesprochen spasmodischen Charakter zu besitzen scheinen, nach mechanischen Respirationshindernissen: Nasenpolypen, Mandelgeschwülsten u. dergl. zu suchen, deren Abtragung oft einen überraschenden Erfolg hat. Von inneren Mitteln werden Jodkalium (Sée), Bromkalium, Arsen, Atropin gerühmt. Auch Tct. Quebraccho wäre zu versuchen. Kalte Waschungen unterstützen den Erfolg der oben besprochenen Kuren.

V. Lungenemphysem.

W. H. Walshe: A practical treatise on the diseases of the lungs. Ed. III. p. 326.

A. Biermer in Virchow's Handbuch Bd. V. Abth. I. p. 781.

Rokitansky: Lehrbuch der path. Anat. III. Aufl. Bd. III. p. 50.

Hecker: Zur Frage über das Vorkommen eines intrauterinen Lungenemphysems. Virchow's Archiv XVI. p. 535.

Grayly Hewitt: Ueber das Vesicularemphysem der Lungen in der ersten Kindheit etc. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXXII. p. 231.

Das substantive Lungenemphysem wird charakterisirt durch Elasticitätsverlust des Gewebes, Erweiterung der Alveolen, Zusammenfliessen mehrerer derselben unter Schwund ihrer Scheidewände und der darin enthaltenen Gefässe. Die Lunge wird im Ganzen grösser, die Capillarbahn der Pulmonalarterie wird verengt, die respiratorische Oberfläche verkleinert. Als Ursache betrachtet man hauptsächlich öftere Ueberausdehnung der Lunge, sei es, dass sie auf dem Wege der In- oder auf dem Wege der Exspiration zu Stande kommt. Diejenigen Ursachen, die beim Erwachsenen die Entstehung des substantiven Emphysems bewirken (Struma, Katarrh, Spielen von Blasinstrumenten), müssen sehr lange eingewirkt haben, bis nachweisbare Grade von Emphysem entstehen. Bei Kindern ist diese Krankheit zwar selten, aber ihre Entstehungsweise bietet einige Eigenthümlichkeiten dar, die hier hervorgehoben werden müssen. Das Emphysem kann angeboren vorkommen (Valleix, Hecker), d. h. während der Geburt im Uterus entstanden. Namentlich der Fall von Hecker ist so genau beschrieben und unter so beweisenden Bedingungen verlaufen, dass kein Zweifel darüber sein kann. Es wird zweitens, wie Leroi d'Etiolles zuerst hervorhob, durch zu starkes Luftblasen bei Scheintodten leicht hervorgerufen.

Aus diesen beiden Thatsachen geht hervor, dass die Lunge des Neugeborenen binnen weniger Stunden aus dem atelektatischen Zustande in den emphysematösen übergeführt werden kann; dass also mit überraschender Schnelligkeit in diesem Alter Emphysem sich entwickeln kann. Berücksichtigt man, dass so sehr wenige Kinder von einigen Jahren Alter emphysematös betroffen werden, während bei und kurz nach der Geburt so oft Veranlassung zu Entstehung dieses Zustandes geboten ist, so wird man schon hierdurch zu der Annahme gedrängt, dass das Emphysem bei Kindern, wie es schneller entsteht, auch schneller sich zurückbilden könne.

Die von Jackson zuerst aufgestellte Annahme, dass das Emphysem sich vererbe, dass von allen Emphysemfällen ein grosser Theil ererbt sei, würde für das Kindesalter eine besondere Bedeutung erlangen, wenn die Annahme von Freund sich als richtig erwiese, dass in von Hause aus grösserer Länge und Starrheit der obersten Rippenknorpel die Hauptbedingung für die Entstehung dieser Krankheit gelegen sei. Dafür findet man nicht selten Anfänge des hereditären Emphysems schon zur Zeit der zweiten Dentition deutlich ausgeprägt. Eine Reihe eigentlicher Kinderkrankheiten begünstigen in dem Maasse die Entstehung des Emphysems, in dem sie Husten hervorrufen, so Keuchhusten, Croup, Katarrhalpneumonie, Katarrh. In Kropfgegenden kann die Struma schon frühzeitig auf Entstehung dieser Krankheit hinwirken. Am Häufigsten hat man beim Keuchhusten Gelegenheit, sich durch die Section zu überzeugen, wie er mit grosser Regelmässigkeit die oberen Lappen der Lunge in emphysematösen Zustand versetzt. Die meisten Leute überstehen Keuchhusten im Kindesalter, wenige Leute leiden an Emphysem. Auch darin liegt ein Beweis dafür, wie leicht und vollständig sich diese Krankheit im Kindesalter zurückbilden kann. Eine dauerhafte, keiner Rückbildung fähige Form von Emphysem wird durch jene Art von trockener adhäsiver Pleuritis bedingt, die den Lungenrand an der Pleura der Complementärräume so befestigt, dass er sie ausfüllt und nicht wieder zurückweichen kann. Sehr oft fallen leichtere Grade von Bronchiektasie mit Emphysem zusammen; namentlich nach Keuchhusten kann dies als Regel betrachtet werden.

Die klinischen Zeichen sind: Weite Form des Brustkorbs, namentlich grosser Sternovertebral-Durchmesser, Tiefstand des Zwerchfelles, kleine, tiefstehende Herzdämpfung, schwacher diffuser Spitzenstoss, Pulsation des rechten Ventrikels im Epigastrium,

schwacher Arterienpuls, Ueberfüllung der Venen, allenthalben heller, voller Schall der Lunge, schwaches Vesiculärathmen, nur an den unteren Lappen verbreitete Rasselgeräusche. Während die rückständige Luft vermehrt ist, ergibt sich die Verminderung der Athmungsluft und der vitalen Capacität nicht allein am Spirometer, das bei Kindern noch wenig anwendbar ist, sondern sie lässt sich auch an dem Gegensatze zwischen grosser Anstrengung und geringer Leistung der Athmungsmuskeln erkennen, drittens aus der geringen percutorisch nachweisbaren Verschiebung der Lungenränder. Bei Säuglingen ist wohl noch kaum auf obige Zeichen die Diagnose gestellt worden. Nach einigen Jahren begegnet man aber schon recht ausgesprochenen Fällen, in denen leicht die vorhandene Athemnoth sich in dieser Weise deuten lässt.

Nach dem Gesagten ist die Prognose für das Kindesalter günstiger. Man darf an der noch wachsenden Lunge eher auf Ausgleichung hoffen und an Heilungsfähigkeit glauben, als an der ausgebildeten, soferne es möglich ist, den Krankheitsursachen wirksam und frühzeitig entgegenzutreten. Der Keuchhusten endet ohnehin nach einigen Wochen, Struma kann durch äussere und innere Anwendung von Jod verkleinert werden, am Schwierigsten und Wichtigsten ist es, chronischen Katarrh zu entfernen. Hier gilt es, zwischen Verhüten neuer Erkältungen und Abhärtung die richtige Mitte zu treffen und besonders verunreinigte, schädliche Athmungsluft fern zu halten. Für Wohlhabende empfiehlt sich der Winteraufenthalt in einem südlichen Klima, an der See. Ganz besonders günstiger Erfolg ist von den Einathmungen comprimirter Luft im pneumatischen Cabinet zu erwarten, indem nicht allein für den Augenblick eine Ausspülung der Kohlensäure stattfindet, sondern auch mit dem verminderten Inspirationsbedürfnisse eine Umfangsabnahme des Thorax sich einstellt. Die günstigste Zeit der Anwendung ist der Herbst. Man kann für die nächsten Monate davon Schutz erwarten gegen die erhöhten Beschwerden des Winters. Auch mittelst des pneumatischen Apparates, und zwar mittelst Ausathmung in verdünnte Luft lässt sich das Emphysem vermindern. Man vermindert die rückständige Luft und steigert dadurch die Quantität der Athmungsluft. Durch reichlichere Zufuhr von Sauerstoff werden die Athemmuskeln gekräftigt. Durch Katarrh bedingte Verschlimmerungen werden mit Erfolg durch methodische Compression des Thorax während der Exspiration bekämpft.

Anm. Rahn-Escher: (Beiträge zur Pathologie des kind-

lichen Alters in v. Pommer's schweiz. Zeitschr. Bd. I. H. 1. Cit. in Schmidt's Jahrb. Bd. VI. p. 166), Herrm. Meyer (Ueber angeborene blasige Missbildung der Lungen, nebst einigen Bemerkungen über Cyanose aus Lungenleiden in Virchow's Archiv Bd. XVI. p. 78) und Rokitansky (Path. Anat. III. p. 56) beschreiben Bildungsanomalieen der Lunge, die darin übereinstimmen, dass in Folge angeborener Missbildung grössere oder kleinere Theile der Lunge einen grobzelligen bis cavernösen Bau darboten. Da einer der Kranken mehrere Jahre alt wurde, einer in Folge dieses Leidens cyanotisch war und mitunter Verhältnisse vorlagen, die auffällige Zeichen bei der Brustuntersuchung hätten erkennen lassen können, führe ich die betreffenden Fälle kurz an:

1) Rahn-Escher: Knabe mit angeborener Stenose des Kehlkopfes, der Luftröhre und des Pylorus, starb an letzterer nach 22 Wochen. Lungen umfangreich, den Herzbeutel ganz überlagernd, grobzellig und ungleichmässig gebaut, denen der Batrachier etwas gleichend.

2) H. Meyer: Einjähriges Mädchen, litt vom 5. Monate an Cyanose, Stickanfällen; erschwertes Liegen auf der rechten Seite. Section: Rechte Lunge gut gebildet, an der Innenfläche einzelne, bis erbsengrosse Blasen; links besteht der Unterlappen aus drei Lappen von normaler Textur, der obere besteht aus einem fibrösen Sack, von Schleimhaut ausgekleidet, mit einzelnen faltenartigen Vorsprüngen innen, mit mehreren Bronchien communicirend, Luft enthaltend, die Wand an einigen Stellen verkreidet.

3) Id.: Fünfmonatlicher Fötus; zahlreiche mit wässeriger Flüssigkeit gefüllte, mit den Bronchien communicirende Blasen Oberfläche und Inneres beider Lungen einnehmend; eine wallnussgrosse bildet den grössten Theil des rechten Oberlappens.

4) Th. Bartholinus (cit. bei Meyer): 4jähriger Knabe mit Leberabscess; an Stelle der Lungen membranöse, luftüberfüllte Blasen, in die die Luftröhre einmündet.

5) Rokitansky: 8tägiger cyanotischer Knabe; am unteren Rande des linken oberen Lappens eine citronengrosse Geschwulst auf dünnem Stiele. Sie bestand aus einem Aggregat von erbsen- bis haselnussgrossen, runden und polyedrischen, meist unter einander communicirenden, ziemlich dickwandigen Räumen.

Die angeführten Fälle stellen vom emphysemartigen, grobblasigen Baue bis zur Blasenform der Lunge eine Reihe dar, deren meiste Glieder als einfache Entwickelungshemmung in einem Stadium, das der Amphibienlunge entspricht, aufzufassen sein dürften. Einzelne derselben können vielleicht mit der Zeit der Diagnose zugängig werden.

VI. Atelektasis.

E. Jörg: De pulmonum vitio organico ex respiratione neonatorum imperfecta orto. Diss. Leipz. 1832.

Legendre: Recherches anatom., path. et clin. sur quelques malad. de l'enfance. Par. 1846.

Gerhardt: Beitrag zu der Lehre von der erworbenen Lungenatelektasie. Virch. Arch. XI. p. 240.

Bartels: Bemerkungen über eine im Frühjahre 1860 beobachtete Masernepidemie mit besonderer Rücksicht der dabei vorgekommenen Lungenaffect. Virch. Arch. XXI.

L. Lichtheim: Versuche über Lungenatelektase. Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. X.

Apneumatosis, Lungencollapsus, état foetal du poumon, bezeichnet den wohlumschriebenen anatomischen Zustand des luftleeren Lungengewebes, der einem ziemlich vielgestaltigen, aber häufig selbständigen Krankheitsbilde zu Grunde liegt, dessen zwei Hauptformen die angeborene und die erworbene Atelektase darstellen. — Vor der Geburt ist die ganze Lunge normal atelektatisch, der Brustkorb ist dem entsprechend enger, Wölbung und Umfang desselben geringer, das Zwerchfell steht höher. Wird die Brust nach der Geburt nicht genügend erweitert, oder stehen dem Eintritte der Luft in einzelne Abschnitte der Lunge Hindernisse entgegen, so bleiben solche Theile luftleer und können auf unbestimmte Zeit in ihrem Fötalzustande verharren; doch ist es wahrscheinlich, dass, etwa abgesehen von Missbildungen des Brustkorbes, die Lungen stets nach wenigen Monaten vollständig und allgemein lufthaltig werden. Der Umstand, dass die gröberen Luftwege vor der Geburt mit schleimiger Flüssigkeit erfüllt sind, welche mit den Fruchtwässern communicirt, macht es wahrscheinlich, dass bei den ersten Inspirationen diese Fluida in die feineren Bronchien adspirirt werden, und desshalb erst nach einer grösseren Anzahl von Respirationen die Lunge ganz aufgebläht werden kann. Mekonium und Haare wurden in den Bronchien atelektatischer Lungentheile gefunden. Je kräftiger die Respirationszüge, je freier die Luftwege, um so rascher wird der Uebergang vom Fötalzustande zum völligen Luftgehalte der Lunge vollzogen werden.

Während primär atelektatische Lungentheile nur in der frühesten Kindheit zur Beobachtung kommen, können secundär luftleer gewordene Lungenparthieen sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern vorkommen, allerdings bei letzteren weit häufiger und leichter. Die

gewöhnlichen Ursachen der erworbenen Atelektase liegen 1) in Compression, welche die Lunge von Aussen erfährt, z. B. durch Exsudate im Pleurasacke, Geschwülste, Herzhypertrophie, Hochstand des Zwerchfelles; 2) in völliger Verstopfung eines oder mehrerer Bronchien, wie sie z. B. durch Neoplasmen in der Lunge oder eingedrungene Fremdkörper zu Stande gebracht wird; 3) in der Anwesenheit schwerer, mit Prostration verbundener Krankheiten (Typhus, typhoide Fieberzustände).

Wir werden im Nachstehenden die primäre Atelektase wohl berücksichtigen, dagegen diejenigen Formen, die mit anderen wichtigeren, symptomreicheren Brustkrankheiten auftreten, so bei Pleuritis, intrathoracischen Geschwülsten, Anwesenheit von Fremdkörpern in den Luftwegen u. dergl., als unwesentlich völlig bei Seite lassen und uns vorzüglich an die Beschreibung jener Formen erworbener Atelektase halten, welche ein eigenes Krankheitsbild liefern und zugleich thatsächlich eine häufige und wichtige Kinderkrankheit bilden. Diese Formen entstehen, wie wir bereits an einem anderen Orte hervorgehoben haben, vorzüglich unter zwei Bedingungen, nämlich dann, wenn Katarrhe mit reichlichem und zähem Secrete zur Verstopfung der Bronchien Veranlassung geben, und wenn weiterhin die Schwäche des respiratorischen Muskelapparates es verschuldet, dass diese Verstopfung eine dauernde werden kann. Geht man etwas weiter auf diese Veranlassungen ein, so zeigt sich, dass der chronische Katarrh vorzüglich zähe Secrete liefert, dass aber chronische Katarrhe überhaupt und vorzüglich solche mit zugleich reichlichem Secrete mit vorwiegender Häufigkeit im Verlaufe der Rachitis, doch auch im Verlaufe anderer chronischer, namentlich kachektischer Allgemeinkrankheiten auftreten. Anatomische Gründe, auf die wir bald zurückkommen wollen, machen es wahrscheinlich, dass vorzüglich die Anhäufung dieser Secrete in den feineren Bronchien der Atelektasenbildung günstig ist. Das absolut kleinere Kaliber der kindlichen Bronchien, sowie die zartere Structur derselben und die grössere Retractionskraft des Lungengewebes erklärt theilweise die leichtere Entstehung dieses Zustandes bei Kindern. — Aber auch die Schwäche der Respirationsmusculatur kommt vorwiegend diesem Alter zu und wird in pathologischer Weise erhöht, wenn Innervation und Ernährung der Muskeln im Verlaufe chronischer Krankheiten, wie z. B. der Rachitis, der Cholera infantum, beträchtlich sinken.

Diese beiden Momente, Katarrh und Muskelschwäche

sind es so gut, wie im Typhoid der Erwachsenen, welche im Verlaufe der verschiedensten Kinderkrankheiten Veranlassungen zur Atelektasenbildung werden. Je hochgradiger das eine derselben ausgebildet ist, um so weniger bedarf es einer wesentlichen Nachhilfe des anderen. Der Process selbst verläuft in der Weise, dass unter dem Einflusse des elastischen Zuges des Lungengewebes die nach Aussen abgesperrte Luft binnen Kurzem zur Resorption gelangt. Die übrigen Momente, welche man noch als ursächliche angeschuldigt hat, sind dies entweder nicht oder nur in zweiter Linie. So wird z. B. der Aufenthalt in schlechter, verdorbener oder staubiger Luft wohl Katarrhe und entkräftende Krankheiten hervorrufen können, jedoch weder mit Nothwendigkeit, noch direct Atelektase erzeugen. Von äusserst untergeordneter Bedeutung ist das Wickeln der Kinder, das wohl nur sehr selten in so unverständiger Weise vorgenommen wird, dass es ein Hinderniss für die Respirationsbewegungen abgeben könnte. Dagegen muss man zugestehen, dass die anhaltende Rückenlage kleiner Kinder, wenn auch keineswegs für die Atelektase selbst, so doch für die Localität an der sie bei gegebenen sonstigen Vorbedingungen ihrer Entstehung zu Stande kommt, von Wichtigkeit ist, indem durch dieselbe zur Entwickelung von Senkungshyperämieen, zur vorwiegenden Ausbildung der Katarrhe und Stagnation ihres Secretes an den hintersten untersten Theilen der Lunge Gelegenheit gegeben wird.

Gehen wir nunmehr zur pathologischen Anatomie der Atelektase über, so finden wir auch dem entsprechend als häufigsten und Lieblingssitz die hintersten untersten Theile der unteren Lungenlappen vor, nächstdem die Lingula und Ränder der Lunge, daher denn auch ein grosser Theil der vor Bekanntwerden der erworbenen Atelektase beschriebenen sogenannten marginalen Pneumonieen als Atelektase anzusprechen ist. Im Beginne bilden die luftleeren Stellen des Gewebes oft dünne peripherisch gelegene Platten, die noch von lufthaltigen Inseln des Gewebes unterbrochen werden können, und darin gerade finden wir einen anatomischen Beweis dafür, dass die Verstopfung feinerer Bronchien zur Entstehung der Atelektase Veranlassung gibt. Von Aussen erscheinen luftleere Gewebstheile eingesunken unter das Niveau des übrigen Gewebes, blauroth, ins Violette oder Stahlblaue gehend, schlaff und weich, so dass sie an den Rändern leicht sich umbiegen und dem zufühlenden Finger keine erhebliche Resistenz darbieten; auf dem Durchschnitte ergiesst sich serös-blutige Flüssigkeit ohne Luftblasen,

auch Druck mit dem Finger oder Scalpelle ruft kein Knistern hervor; der Durchschnitt lässt wohl die lobulären Abtheilungen der Lunge, jedoch keineswegs Granula erkennen, wie sie pneumonischem Gewebe zukommen. Die benachbarte Pleura erweist sich oft in leichtem Grade verdickt oder getrübt, auch an den Rändern abgerundet, dagegen keineswegs hyperämisch oder mit Exsudat bedeckt, wie über Hepatisationen. Diesen letzteren gegenüber liegt endlich ein wesentliches Kriterium darin, dass atelektatisches Lungengewebe durch Aufblasen von den Bronchien her normalem gleich oder ganz ähnlich gemacht werden kann. Im weiteren Verlaufe kann dann Atelektase durch Hinzutritt der Hyperämie und des Oedemes in Splenisation übergehen, in welchem Falle der Durchschnitt mehr serösblutige Flüssigkeit ergiesst, und auch nach dem Aufblasen das Gewebe noch lebhafter geröthet erscheint als normales. Die erworbene Atelektase, soferne sie aus Katarrh hervorgeht, beginnt an dem hinteren Theil der Unterlappen und steigt hier Anfangs in Form eines 1—2″ breiten, blauen, eingesunkenen Streifens nach Oben, dies symmetrisch an beiden Seiten, etwas nach Aussen vom hinteren Rande der Lunge. Dann breitet sich dieser Streifen, nachdem er den Oberlappen erreicht hat, auch seitwärts aus und greift tiefer ins Gewebe ein. Gleichzeitig gewinnt er wieder etwas an Volumen, mehr braune, härtere Stellen treten darin auf und werden an grösserer Härte leicht erkannt. Diese um einen erweiterten Bronchus gruppirten Knötchen fliessen zusammen, vergrössern sich und treten später in graue Verfärbung ein. Anderseits kann bei mehr chronischem Verlaufe das in grösserem Umfange atelektatische Gewebe mehr und mehr sich verdichten unter Wucherung seines interstitiellen Bindegewebes und zunehmender Erweiterung der Bronchien.

Was die S y m p t o m e anbelangt, so muss man zunächst berücksichtigen, dass die Atelektase ein anatomischer Zustand und keineswegs ein activer Process ist, dass sie daher stets ohne alle Fiebererscheinungen einhergeht, und dass gleichzeitige febrile Bewegung eben nur auf Rechnung gleichzeitiger Complicationen gesetzt werden kann. Immerhin werden Temperaturerhöhungen und wohl auch Pulsfrequenzen der Art, wie sie genuinen Pneumonieen zukommen, vollständig fehlen, und auch die übrigen Fiebersymptome: Unruhe, Schlaflosigkeit, Erhöhung des Durstes u. dergl. unbedeutender ausfallen. Die übrigen Zeichen der Atelektase lassen sich mit Vortheil in zwei Reihen scheiden, in directe Zeichen, wie die-

jenigen der Verdichtung des Lungengewebes, der gestörten Respiration, und in consecutive, die am circulatorischen Apparate und am Nervensysteme verlaufen.

Bei der physikalischen Untersuchung finden sich natürlich die Zeichen um so ausgesprochener vor, je verbreiteter die Erkrankung des Lungengewebes vorhanden ist, ja es gehört schon das Befallensein eines beträchtlichen Theiles einer Lunge, etwa 1/6—1/8 derselben, dazu, damit deutliche Zeichen am Brustkorbe wahrgenommen werden können. Das Athmungsgeschäft zeigt sich erschwert, die Athemzüge beschleunigt, die Bewegung des Brustkorbes ausgiebig; in jenen Fällen, wo der Fötalzustand allein oder überwiegend ausgedehnt an einer Lunge vorhanden ist, findet sich die Hebung einer Brusthälfte stärker als die der anderen. Wo überhaupt Atelektase in nachweisbarer Ausdehnung vorhanden ist, da zeigt sich auch der Modus der Respiration in charakteristischer Weise verändert, nämlich in gleicher Weise wie bei jenen Formen der Dyspnöe, welche bei Kehlkopfsverengerungen beobachtet werden. Da das atelektatische Gewebe weit weniger voluminös ist als lufthaltiges und nicht zur Aufnahme der Inspirationluft verwendet werden kann, so wird, wo viel Gewebe atelektatisch ist, keine der inspiratorischen Thoraxerweiterung entsprechende Raumausfüllung innerhalb des Brustraumes zu Stande kommen: seine Wände sinken daher an den nachgiebigsten Stellen ein, anstatt mit der Inspiration erweitert zu werden. Dies zeigt sich theilweise an den Intercostalräumen, weit mehr jedoch an jener scharfen Furche, die während der Inspiration quer über den Processus xiphoideus sich erstreckt (peripneumonische Furche, Trousseau's); wo eine Lunge überwiegend befallen ist, fällt auch die Furche längs der Abgangslinie des Diaphragma's schärfer auf der leidenden Seite aus. Während dieses Zeichen, wo Kehlkopf und Trachea frei sind von bedeutenderen Verengerungen, im Allgemeinen Aufschluss gibt über den Sitz der Atelektase, zeigen die Percussion und Auscultation den Sitz derselben genauer an.

Der Percussionsschall erweist sich über den luftleeren Stellen, je oberflächlicher gelagert und je ausgedehnter diese sind, um so deutlicher gedämpft. Entsprechend dem Lieblingssitze der Atelektase findet sich diese Dämpfung des Schalles, die oft nur bei sehr leiser Percussion deutlich hervortritt, am Häufigsten an den hintersten untersten Theilen einer Seite und gewinnt bei grösserer Ausbreitung die Formen der befallenen Lungenlappen, wie bei Pneumonie.

In allen Fällen, die ich untersuchte, erwies sich der Stand des Diaphragma's unverändert, dagegen oft die Herzdämpfung vergrössert, der Stoss des Herzens verstärkt und ausgebreitet (Entblössung des Herzens von den Lungenrändern). Die Auscultation zeigt über mässig ausgedehnten atelektatischen Stellen schwächeres, aus der Umgebung her fortgeleitetes Athmungsgeräusch, da der Charakter der erkrankten Stellen selbst die Entstehung eines Athmungsgeräusches an denselben ausschliesst. Zugleich werden verbreitete katarrhalische Rasselgeräusche vernommen, die nur bei grösserer Ausdehnung des Fötalzustandes zugleich klingend erscheinen können. In diesen Fällen kommt es auch zur Entstehung des Bronchialathmens.

Die Stimmvibrationen erweisen sich erhalten oder verstärkt, doch dürfte auch hier Verstopfung der grösseren Bronchien zu momentaner Abschwächung Veranlassung werden können. Im Ganzen findet man diese Zeichen der Atelektase ziemlich stationär, nur geringen und keineswegs rasch erfolgenden Veränderungen unterworfen, was den entzündlichen Verdichtungen der Lunge gegenüber ein weiteres Merkmal abgibt. Kinder mit dieser Krankheit husten viel, nicht wegen der Atelektase, sondern wegen des Katarrhes, an dem sie zu leiden pflegen, der Husten kommt meist anfallsweise, ist, wie man zu sagen pflegt, »lose«, nicht kurz und abgebrochen, niemals durch Seitenstechen behindert, wenn nicht in Folge rein zufällliger Complication.

Die Rückwirkung ausgedehnter Atelektase auf den Circulationsapparat erklärt sich dadurch, dass in collabirten Lungentheilen die Blutströmung erschwert ist, dass dadurch der Entleerung des rechten Ventrikels ein Hinderniss sich entgegenstellt, durch welches zunächst in den frühesten Perioden des Lebens der Verschluss der fötalen Wege verzögert wird, weiterhin häufigere Contractionen des Herzens und Blutarmuth des Körperarteriensystems herbeigeführt werden. Dem entspricht in vielen Fällen die Kleinheit und Frequenz des Pulses. Anderseits findet vom rechten Herzen aus eine Stauung nach den Körpervenen Statt, und so kommt es, dass Atelektatische oft cyanotisch aussehen, bisweilen selbst an Oedemen leiden. Die Blutvertheilung kann übrigens noch ungleichmässiger ausfallen, und es können namentlich an einzelnen, besonders geeigneten Localitäten venöse Stauungen höheren Grades entstehen, so z. B. innerhalb der Schädelhöhle. Entweder bleibt es dann bei passiver Hirnhyperämie, oder es kommt selbst zu Gerinnungen des Blutes in den

Sinus der Dura mater, wenn noch andere begünstigende Momente dazu mitwirken. Diese Verhältnisse mögen es veranlassen, dass bei Atelektatischen mit grosser Häufigkeit Zeichen nervöser Störung, besonders Convulsionen der verschiedensten Art beobachtet werden.

Die Diagnose der Atelektase ist bei einiger Sachkenntniss nicht schwierig zu stellen, doch können auch Verwechselungen mit einfachen Katarrhen, mit Pneumonie, Tuberculose und pleuritischen Exsudaten vorkommen. Einfache Katarrhe liefern keine Zeichen von Verdichtung des Lungengewebes, somit liegt hierin die Möglichkeit der Unterscheidung; Pneumonieen bedingen hohe Temperaturen, Seitenstechen, keine Einziehungen längs der Insertionslinie des Diaphragma's, weit häufiger als Atelektase Bronchialathmen, Knisterrasseln, schnelleren Wechsel der akustischen Zeichen, kurzen, abgebrochenen Husten; pleuritische Exsudate machen stärkere, mehr horizontal begrenzte Dämpfungen, zeigen oft Reibegeräusch etc.

Verlauf und Prognose hängen von dem Gange der primären Erkrankungen ab, zu welchen Atelektase hinzutrat, von der Möglichkeit, die äusseren Verhältnisse der Kranken günstig zu gestalten, endlich von der eingeleiteten Behandlung. In der grossen Mehrzahl der Fälle lässt sich durch rechtzeitige und energische Behandlung Heilung erzielen, z. B. in jenen Fällen, wo Rachitis die Bedingungen zur Atelektasenbildung herstellte, freilich weit weniger dort, wo chronische Darmkatarrhe dazu führten.

Die Behandlung hat sich vorzüglich mit den ursächlichen Momenten zu befassen. So sind denn zunächst die Grundkrankheiten in entsprechender Weise zu berücksichtigen. Sodann ist es Aufgabe, die Ernährung im Allgemeinen zu heben und dadurch eine kräftige Thätigkeit der respiratorischen Musculatur zu ermöglichen. Hiezu dient vor Allem die mit Ernst verlangte und beharrlich durchgeführte Regulirung der Pflege und Ernährung nach den bekannten Regeln der Pädiadrik. Hiedurch allein werden bereits die Affectionen des Darmtractes, die die gewöhnlichste Ursache der Entkräftung bei kleinen Kindern bilden, beseitigt oder beschränkt. Kalte Begiessungen im warmen Bade bewirken tiefe Einathmungen und lösen dadurch den Verschluss der feineren Luftwege. Von Medicamenten empfehlen sich zu diesem Zwecke die Tonica (Eisen, Chinin, Ol. jecoris) und in dringenden Fällen auch die zeitweise Anwendung der Reizmittel, besonders des Weines. Dem Katarrhe sind Expectorantien und zwar am Besten Brechmittel entgegenzu-

stellen, die zugleich tiefe Inspirationen hervorzurufen im Stande sind, welche die Atelektase lösen können. Diese Brechmittel werden leicht ertragen und sind methodisch anzuwenden, etwa alle 2—5 Tage zu wiederholen. Wir sahen schon öfter davon vorzügliche Erfolge. Den Störungen der Circulation gegenüber sind öftere laue Bäder, warme Einwickelungen, endlich stimulirende Mittel zu empfehlen.

VII. Croupöse Pneumonie.

H. Ziemssen: Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. Berl. 1862. p. 152.
A. Steffen: Klinik der Kinderkrankheiten. Bd. I. p. 146 u. f.
F. L. Valleix: Klinik der Kinderkrankheiten. Uebers. v. Bressler. p. 16.
F. Weber: Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen. Kiel 1851. II. p. 47.
A. v. Franque: Statistische Zusammenstellungen über das Vorkommen der Pneumonie. Diss. inaug. Würzb. 1855. p. 47 und 63.
A. O. Rietz: Statistik der in der Klinik und Poliklinik zu Jena 1862—67 behandelten Pneumonieen. Diss. Jen. 1868.
G. A. Krause: Einiges über Pneumonie bei Kindern. Diss. Leipz. 68.
E. C. H. J. Warnatz: Beiträge zur Lehre von der primären croupösen Pneumonie im Kindesalter. Leipz. 1869.
E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 149 u. f.
Ch. Bäumler: Ueber das Auftreten des tympanitischen Perc.-Schalles in der Pneumonie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. I. p. 145.
Immermann und Heller: Pneumonie und Meningitis. Ibid. V. p. 1.
O. O. Heinze: Ueber das Verhältniss der schweren Kopfsymptome zur Temperatur bei Pneumonie. Arch. d. Heilk. IX. Jahrg. p. 49.
Steiner: Die Ursachen der cerebralen Symptome bei der sogenannten Gehirnpneumonie der Kinder. Jahrb. f. Kdrkrkhtn. II. S. 357.

Die Lungenentzündung ist eine der häufigsten und wichtigsten Erkrankungen des frühen Kindesalters. Der Verlauf beginnt fast ausnahmslos acut und endet gewöhnlich in gleicher Weise. Bei acutem Verlaufe sind zwei Hauptformen zu unterscheiden: die primäre, croupöse, lobäre und die katarrhalische, lobuläre meist secundäre. Es ist wahr, die croupöse Pneumonie befällt keineswegs immer ganze Lappen oder grössere Bruchtheile eines solchen, sie ist auch bisweilen secundär entstanden, und die Bronchopneumonie kann nahezu einen ganzen Lappen zum Sitze haben, es gibt Fälle, die sowohl klinisch als anatomisch schwer zu unterscheiden sind; dennoch muss man, nachdem die verschiedene Entstehungsweise anatomisch und die verschiedene Verlaufsweise klinisch festgestellt ist (Ziemssen, Bartels u. A.) und auch die Aetiologie tiefergreifende Differenzen ergibt, beide Formen als verschieden

anerkennen und soweit möglich auseinander zu halten suchen. Was von den Schriftstellern über die Aetiologie der Pneumonie im Allgemeinen angegeben wird, ist in verkleinertem Maasse für die croupöse Form zutreffend. Sie wurde (Gerhard und Rufz) und wird (O. Bayer) für die ersten Lebensjahre in Abrede gestellt; Andere, zu denen ich mich rechne, wollen sie auch da häufig gesehen haben.

Sie kommt angeboren vor (Valleix, Weber u. A.) und beruht dann besonders oft auf septischer Infection, die durch den Körper der Mutter hindurch jenen des Kindes erreichte. Sie verursacht in diesem Falle oft Absterben der Frucht oder Tod des Kindes wenige Stunden nach der Geburt. Es spricht dieses Vorkommen sehr gegen die übliche Annahme, als ob jeder Pneumonie Erkältung zu Grunde liegen müsse.

Während nach Spitalstatistiken die grösste Häufigkeit der Pneumonie ins beginnende oder mittlere Mannesalter verlegt wird, ergibt sich aus der englischen und Genfer Bevölkerungsstatistik, dass 70 und mehr Procent der Todesfälle an Pneumonie den ersten 5 Lebensjahren angehören, ferner dass unter diesen wieder das erste am stärkste befallen ist. Es lässt sich dies auch an kleineren Bezirken zeigen. In der Jenaer medicinischen Poliklinik (Kinder von 0—1 Jahr behandelt die geburtshilfliche) machen unter den 317 Pneumonieen der Jahre 1862—1867 die der Lebensjahre 1—5 zusammen 158 Fälle aus. Knaben werden häufiger befallen als Mädchen (nur im 1. Jahre nicht). Die Kinder der Armen, die Bewohner grosser Städte werden mehr befallen als Wohlhabende und Landbewohner. Die stärkste Disposition liegt in dem Einflusse einer vorausgegangenen Pneumonie: zweimaliges Erkranken, etwa nach Jahresfrist, ist häufig; einzelne Personen werden 4, 6, 8 Male während des Kindesalters davon befallen. Die 5 ersten Monate des Jahres bringen mehr Erkrankungen als die 7 späteren (v. Bamberger). Das Maximum der Erkrankungen trifft an verschiedenen Orten meistens auf Januar oder Mai. Das Maximum der Pneumonieen überhaupt und das der Kinderpneumonieen trifft keineswegs zusammen, in Jena z. B. letzteres auf den Mai, ersteres auf den Januar. Die Abhängigkeit der Pneumonie-Erkrankungen von herrschenden Ostwinden ist ein Dogma, das an manchen Orten allgemein geglaubt wird, aber noch nirgends genügend bewiesen wurde. Es hängt dies mit dem vielfach überschätzten Einflusse von Erkältungen zusammen. Die Verhältnisse der Spitäler, Kasernen etc.

zeigen, dass das Athmen durch menschliche Ausdünstung verdorbener Luft weit mehr, als der Aufenthalt im Freien, Pneumonie hervorruft. Die ganz ungleiche Belastung verschiedener Jahre mit Pneumonie-Erkrankungen (W. Ziemssen) weist auf noch unbekannte Ursachen dieser Krankheit hin. Das überwiegende Betroffenwerden des rechten unteren Lappens lässt vermuthen, dass die erregende Ursache nach Art der Emboli oder eingeathmeten Fremdkörper dem stärkeren Zuge des Blut- oder Athmungsstromes folge. Die Erkrankten können sowohl zuvor kräftige, gesunde, wohlgenährte Kinder sein, als schwächliche mit anderen Krankkeiten behaftete. Obwohl die croupöse Pneumonie sicher zu Katarrh, Masern, Scharlach, Wechselfieber, Sklerom hinzutreten kann, ist es doch weit häufiger die katarrhalische, die dort als Complication getroffen wird. Als metastatische Form, d. h. hinter einem Embolus der Lungenarterie, habe ich sie einige Male getroffen, obwohl diese Stelle weit häufiger hämorrhagische Infarcte einnehmen. Obwohl die ächte Pneumonie mikroskopisch-anatomisch ganz ebenso verläuft, wie die Diphtheritis der oberen Luftwege, hat sie doch ätiologisch gar nichts damit gemein.

Die anatomischen Veränderungen nehmen sich ähnlich aus wie bei Erwachsenen. Auch hier wird die rechte Seite und werden die unteren Lappen überwiegend betroffen. Das erste Stadium, das der blutigen Anschoppung ist bezeichnet durch die Blutüberfüllung, beginnende Schwellung und Brüchigkeit des Gewebes; das zweite, dasjenige der rothen Hepatisation spricht sich aus durch Luftleere, vermehrten Umfang, derbe, steife Beschaffenheit, braunrothe Farbe. Auf dem Schnitte erscheint das Gewebe auf den ersten Blick glatt, erst bei genauerer Besichtigung zeigt sich die feinkörnige Beschaffenheit, die bedingt wird durch die Erfüllung der Alveolen mit einer blutuntermengten, faserstoffartigen, festweichen Masse. Indem diese noch an Umfang zunimmt, wird auch die Lunge noch schwerer, voluminöser in dem nun folgenden Stadium der gelben Hepatisation. Das Blutroth in dem Infiltrate verfärbt sich, die Lunge wird durch dessen Druck anämisch, sie behält die gekörnte Beschaffenheit, auf dem Schnitte ergiesst sich weniger Blut, mehr seröse Feuchtigkeit, die vergrösserte Lunge drängt sich gegen die Costalwand und erhält Rippeneindrücke an ihrer Costalfläche, die man nothwendig von einem dauernden Gegendrucke, nicht blos von einem vorübergehenden (exspiratorischen) abzuleiten hat. Diejenige granitartige Marmorirung, die in diesem

Stadium durch die Pigmentzüge der Lunge Erwachsener bedingt wird, fehlt bei kleinen Kindern mit noch unveränderter Färbung der Lunge. Die graue Hepatisation ist bezeichnet durch das völlige Entfärbtwerden des Infiltrates, Verflüssigung des Alveoleninhaltes, wieder beginnenden Lufteintritt an dessen Stelle und grosse Brüchigkeit des Lungengewebes. Das erste und letzte dieser Stadien kann bei einer eben beginnenden oder völlig ablaufenden Pneumonie allein angetroffen werden, meistens jedoch findet man mehrere Stadien neben einander vor. Die Krankenuntersuchung zeigt, dass nicht die ganze später erkrankt sich vorfindende Parthie von Anfang an betroffen wird, sondern dass von einer grösseren oder kleineren ursprünglichen Stelle aus ein schrittweises Fortwandern auf das umgebende Gewebe stattfindet — ähnlich am Lungengewebe, wie an der Haut beim Erysipel. — Von der grauen Hepatisation aus findet Resorption und Expectoration des verflüssigten Alveoleninhaltes Statt, und in dem gewöhnlichen, günstigen Falle eine vollständige Wiederherstellung der früheren Beschaffenheit der Lunge. Doch auch da erübrigt oft aus dem nur langsam sich wieder deckenden Epithelverluste Neigung zu Katarrhen, aus dem Elasticitätsverluste Emphysembildung. Die Entstehung der die Alveolen ausfüllenden Masse ist nach Buhl, E. Wagner u. A. auf das Alveolenepithel zurückzuführen, das in gleicher Weise zu Netz- und Balkenwerk entartet, wie dies früher für den diphtheritischen Process der oberen Luftwege angegeben wurde. Ausser dem erwähnten günstigsten Ausgange kommen vor: Vereiterung, Verkäsung, Gangrän, Induration.

Neben den Veränderungen im Lungengewebe laufen noch folgende in näheren oder entfernteren Organen einher. Die zuführenden Bronchien finden sich im Zustande des Katarrhes, mit rostfarbigem Schleime belegt, oder die feineren derselben croupös entzündet. Die Pleura zeigt, wo entzündetes Parenchym der Lunge an sie anstösst, Hyperämie, Verlust des Glanzes, gequollenes Aussehen, weiterhin als ob sie mit einem Flor bedeckt sei, dann faserstoffig eitrigen Beschlag und selten etwas flüssigen, blutig-serösen Erguss. Die betreffenden Bronchialdrüsen sind frisch geschwollen und geröthet, was der unversehrtere Zustand derselben bei Kindern leichter zu unterscheiden gestattet. Seltener und schon als Complicationen aufzufassen finden sich Peri- und Endokarditis, Meningitis, Nephritis, Perichondritis laryngea mit vor.

Der Beginn der Erkrankung findet plötzlich und

unangekündigt Statt, nach Ziemssen in Fällen mit ziemlich sicher gekannter Ursache (Erkältung) etwa 1—16 Stunden nach deren Einwirkung. Bei älteren Kindern zeigt den Beginn ein Schüttelfrost an, bei kleinen wird doch Frösteln oder als Aequivalent desselben Blässe, Zittern, mattes Einschlafen, selbst ein Krampfanfall angetroffen. Von da an wird die Athmung häufig, oberflächlich, die Inspiration unterbrochen, die Exspiration stöhnend oder hüstelnd — dies charakteristische Wirkungen pleuritischen Schmerzes bei gesteigertem Athembedürfnisse. Vom Froste an besteht hohe Temperatur von 39—41° C., meist um 40° herum, die mit geringen Remissionen, seltener Intermissionen bis zur Krise bestehen bleibt, ½—1½ Woche, meist 5—7 Tage. Der Puls ist gross, voll, frequent, auch die übrigen Symptome des Fiebers sind der Temperatur entsprechend entwickelt. Die Brustuntersuchung ergibt im ersten Stadium der Anschoppung und im dritten (klinischen) der Lösung die Zeichen verminderten Luftgehaltes der Alveolen und klebriger Beschaffenheit ihrer Wände, im zweiten der Hepatisation (rothe und gelbe Hepatisation umfassend) die der Luftleere der Alveolen.

Brustuntersuchung: Die Umfangszunahme der Lunge ist gewöhnlich nicht bedeutend genug, um die Brustwand auszudehnen; seltener, bei recht massiger Hepatisation lässt sich Erweiterung der leidenden Brusthälfte um ½—1 Ctm. nachweisen (Ziemssen). Die hepatisirte Lunge ist keiner Athmungsausdehnung fähig, die Brustwand wird im Verhältnisse zu der Masse des verdichteten ihr anliegenden Gewebes weniger bewegt; eine compensirende stärkere Bewegung betrifft oft den freigebliebenen Theil der kranken Seite. Die Bewegung der Intercostalräume wird durch die Hepatisation nicht beeinflusst. Die Bewegungsstörung der Brustwand im Ganzen findet sich in geringerem Grade auch im ersten und dritten Stadium. Die Athmung geschieht oberflächlich und frequent, letzteres im Verhältniss zur Verminderung der respiratorischen Oberfläche, zur febril gesteigerten Kohlensäurebildung, ferner im Verhältniss zu der Hemmungswirkung des pleuritischen Schmerzes auf den Athmungsact. Dieses Schmerzes halber beschränkt oft der Kranke die respiratorische Ausdehnung der kranken Seite durch Krümmung der Wirbelsäule (convex nach der gesunden Seite).

Auf den Percussionsschall haben lobäre Pneumonieen dann Einfluss, wenn sie der Brustwand nahe genug liegen, um von der Percussionserschütterung mit betroffen zu werden, centrale also

nicht, central beginnende wenigstens nicht in den ersten Tagen. Frisch entzündetes Gewebe verliert an Elasticität und an Luftgehalt und erlangt dadurch tympanitischen Schall, der beim Oeffnen des Mundes gleich hoch bleibt. In dem Maasse, in dem das Lungengewebe völlig luftleer wird, rückt an dessen Stelle dumpfer leerer Schall, der gewöhnlich die Grenze eines Lappens einhält, oft auch nicht erreicht oder überschreitet. In der Umgebung luftleeren durch die Infiltration ausgedehnten Gewebes findet sich theils fortschreitende Entzündung, theils Retraction des Parenchyms; durch beide Zustände wird tympanitische Beschaffenheit des Schalles begründet. Die zweite dieser Ursachen wirkt so extensiv, dass man schon durch den tympanitischen Schall unter dem einen Schlüsselbein aufmerksam werden kann auf eine den unteren Lappen ausdehnende Hepatisation. Am Stärksten tritt diese gleichfalls von der Weite der zuführenden Oeffnung (Mund, Nase) unabhängige Art des tympanitischen Schalles hervor, wenn kleine Inseln lufthaltigen Lungengewebes zwischen verdichtetem frei blieben. In diesem Fall wird auch öfter das Geräusch des gesprungenen Topfes beobachtet, ebenso in dem folgenden. Verdichtungen der oberen Lappen gestatten häufig, durch kräftige Percussion in der Unterschlüsselbeingegend innen die Luftsäule in dem Hauptbronchus der betreffenden Seite in Schwingung zu versetzen und dadurch tympanitischen Schall hervorzurufen, der beim Oeffnen des Mundes höher, beim Schliessen tiefer wird. Auch an den unteren Lappen findet man bei genauer Beachtung dieses Verhältniss öfter vor. Ja der anscheinend einfach dumpfe Schall, den man beim Percutiren irgend einer hepatisirten Stelle erhält, erscheint tympanitisch, wenn man an der Trachea auscultirt und ändert dann beim Oeffnen und Schliessen des Mundes seine Höhe, soferne die zuführenden Bronchien frei sind. Diese ebenso beim Erwachsenen vorkommenden Arten des tympanitischen Schalles besitzen eine viel grössere Bedeutung für die Kinderpneumonie. Tympanitischer Schall erscheint ja schon am gesunden Kinderthorax bei zu starker Percussion (Miterschütterung von Luft im Magen oder Kolon), ebenso unter noch nicht genügend gekannten Bedingungen das Geräusch des gesprungenen Topfes. Bei vorhandener Pneumonie ist es oft weit leichter, den tympanitischen, als den gedämpften Schall aufzufassen. Die Dämpfung der unteren Lappen kann übersehen werden, wenn sie doppelseitig ist — hier entscheidet die Auscultation — oder irrig angenommen werden, wenn durch exspiratorische Anspannung der Brustwand der helle

Schall der Lunge gedämpft wird (Wintrich, A. Vogel). Sie kann überhaupt übersehen werden, wenn man zu stark oder an zu wenigen Stellen percutirt. — Im dritten Stadium tritt aus denselben Gründen, wie im ersten, an Stelle des dumpfen wieder tympanitischer Schall auf.

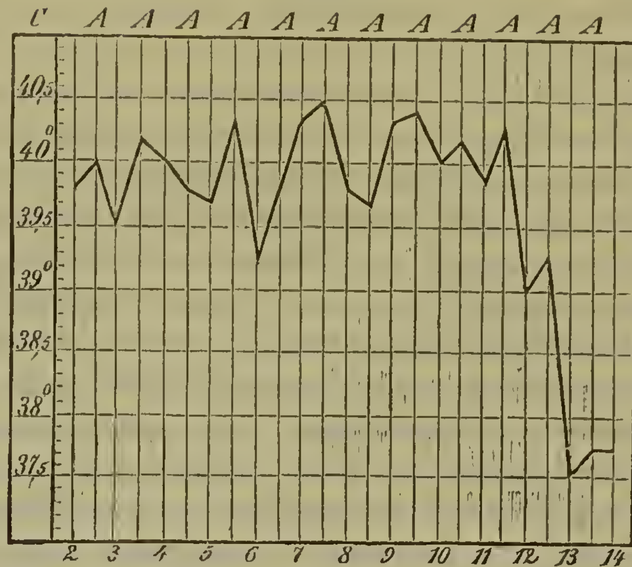
Die Auscultation wird weit besser mit dem blossen Ohre als mit dem Stethoskop vorgenommen. Sie ergibt über den Lungentheilen, die sich im Stadium der Anschoppung oder der Lösung befinden, feinblasiges, gleichblasiges Rasseln, sog. Knistern, entstanden durch die Verklebung und Wiedertrennung der gegenüberliegenden Alveolenwände (Wintrich). Sehr oft findet sich dieses bei tiefem Athmen nach dem Husten fast nie mangelnde Geräusch auch im zweiten Stadium an beschränkten Stellen neben den dieser Periode angehörigen Erscheinungen. Die bessere Leitung verdichteten Lungengewebes lässt über etwas umfänglicheren, bis zur Brustwand reichenden Heerden vernehmen: lautes, helles Bronchialathmen, klingende, feuchte, ungleichblasige Rasselgeräusche beim Athmen, starke Bronchophonie beim Sprechen oder Schreien. Erstere Geräusche fallen weg, soferne und so lange der zuführende Bronchus verstopft ist. Die Stimmvibrationen sind im Vergleiche zur gesunden Seite verstärkt, ausgenommen bei sehr massiger, die Thoraxwand drückender Hepatisation und bei Verstopfung der zuführenden Bronchien.

Der Auswurf wird meistens verschluckt. Kommt er zur Beobachtung, so ist er ausgezeichnet durch Zähigkeit, Transparenz, Safran- oder Rostfarbe, herrührend von inniger Mengung von Blut mit Schleim, bisweilen auch durch Beimischung von croupösen Bronchialgerinnseln. Pneumonischer Auswurf enthält im Vergleich mit katarrhalischem fast gar keine Phosphorsäure, auffallend mehr Kali als Natron, mehr Schwefelsäure und etwas mehr Chlor (v. Bamberger).

Die Körperwärme steigt schon hoch während des initialen Frostes, erreicht am ersten Tage, indem sie vom Frost an zu steigen fortfährt, eine Höhe zwischen 39 und 41° C., meist zwischen 39,5 und 40,5, und bleibt von da an auf annähernd gleicher Höhe. Morgenremissionen und abendliche Steigerungen von einigen Zehnteln finden ziemlich regelmässig Statt. In der Achselhöhle der kranken Seite findet sich die Temperatur um ein oder mehrere Zehntel höher als in der Axilla der gesunden Seite. Die höchste Temperatur (Fastigium) fällt in günstigen Fällen in die ersten Tage,

in tödtlichen oft in die Agonie. Sehr oft findet am 3. oder 5. Tage, zwei, seltener einen Tag vor der Lösung, eine vorübergehende Er-

Fig. 31.

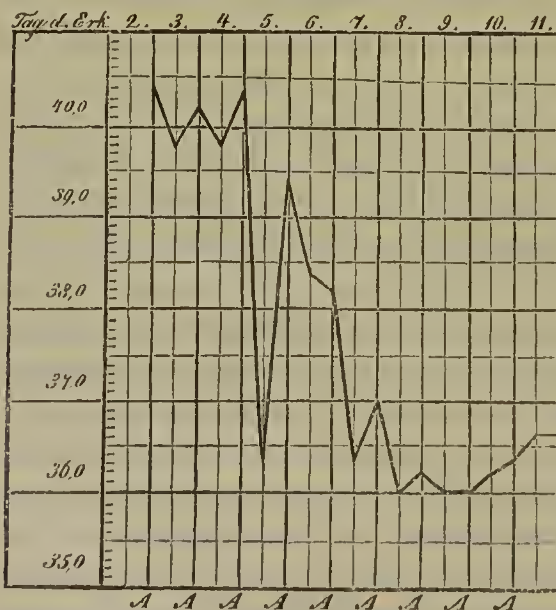


Pneumonie eines 5jährigen Knaben. Späte unterbrochene Krise.

mässigung der Körperwärme um ca. 1° Statt. In schweren Fällen nach 7 Tagen oder noch später, in leichteren nach 3—6 Tagen, in dem leichtesten, der mir vorkam, nach 1½ Tagen beginnt die Körperwärme zu sinken. Diesem Sinken geht stärkere Tagesfluctuation oder eine merkliche Steigerung der Temperatur voraus. In reinen, uncomplicirten Erkrankungen wird in continuirlichem Falle die normale Grenze in 12—24 Stunden erreicht und nach Abwärts überschritten.

Der Abfall kann durch einzelne kürzere Unterbrechungen oder entgegengesetzte Schwankungen der Curve ein staffelförmiger werden und so den Uebergang machen von der »solennen Krise« als incomplete Krise zur Lösung im engeren Sinne, Lysis der

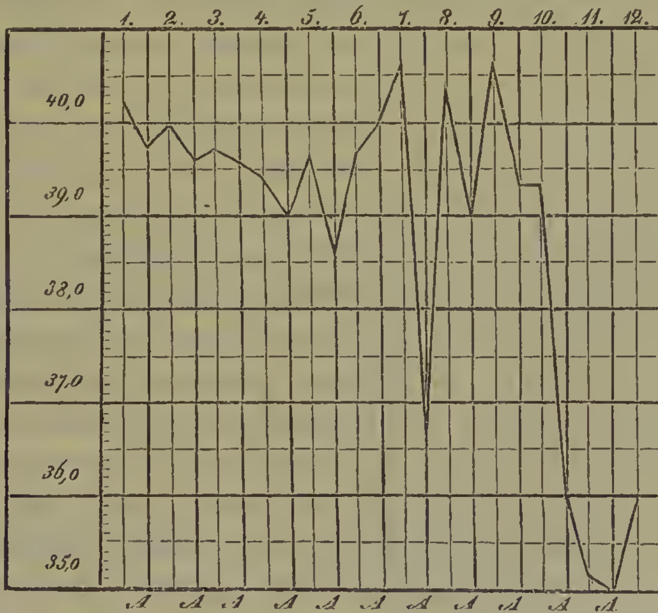
Fig. 32.



2jähriger Knabe. Intermission am 5., langsame Lösung vom folgenden Tage an.

Krankheit. — Der mittlere Verlauf der Krankheit kann in selteneren Fällen Unterbrechungen erfahren durch stärkeres, aber das Normale nicht erreichendes Sinken der Wärme, oder können fieberfreie halbe oder ganze Tage in den Verlauf mehrfach eingeschaltet sein (intermittirende, remittirende, saccadirte Pneumonie). Bei einer completen Krise sinken — meist in einer späteren Abendstunde beginnend — Temperatur, Puls und Respiration gleichmässig, die vorher trockene Haut beginnt stark zu transspiriren, der Husten wird lose, der Athem frei, das Aussehen blass und etwas verfallen, der Schlaf, bisher spärlich oder mangelnd, stellt sich reichlich ein. Zusammengehalten mit den örtlichen Erscheinungen entspricht der Verlauf der Krise dem Uebergange aus dem zweiten in das dritte Stadium in der Weise, dass nach vollendetem Fieberabfall der Kranke noch bei Weitem den grössten Theil des sich eben verflüssigenden Infiltrates seiner Lunge zu resorbiren hat. Diese Thatsache, sowie das Vorkommen intermittirender Pneumonieen erklärt sich aus fol-

Fig. 33.



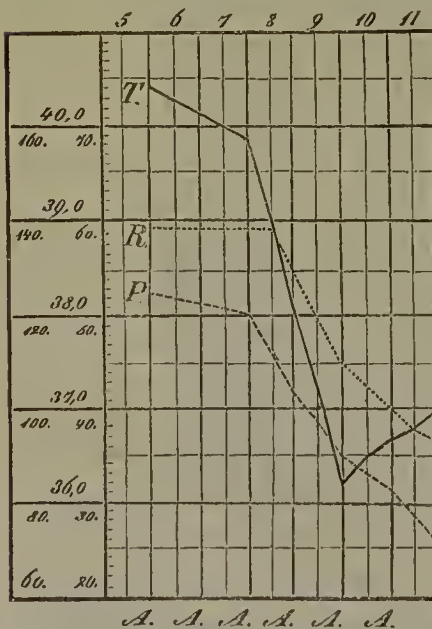
Pneumonie eines 5jährigen Mädchens. Späte, aber complete Krise, die zu subnormaler Temperatur führt. Zwei Tage zuvor starke Remission.

gender Annahme: Die fiebererzeugenden Stoffe, welche in das Blut aufgenommen die Temperatursteigerung bewirken, liefert nicht das hepatisirte, sondern das im Stadium der blutigen Anschoppung begriffene Lungengewebe. Bleibt das hepatisirte Lungengewebe auf dieser Stufe stehen, ohne dass irgendwo neues Gewebe in Entzündung einträte, so remittirt das Fieber, wenn dieser Stillstand kürzer

dauert, als der Verbrauch der noch im Blute vorhandenen pyrogenen Stoffe; es intermittirt, wenn der Stillstand länger dauert. Der gewöhnliche, continuirliche Typus resultirt aus continuirlicher Ausbreitung der Entzündung im Lungengewebe. Das Wandern der Pneumonie ist die Regel, nur von äusserst kurz dauernder Pneumonie könnte man annehmen, dass sie nicht gewandert sei. Steht der Entzündungsprocess dauernd still, so erfolgt der Fieberabfall, obwohl noch mehrere Tage nachher Hepatisation unverändert bestehen kann. Einen sehr ähnlichen Zusammenhang zwischen Fieber und Fortschreiten einer localen Entzündung lässt die Beobachtung jedes Erysipels sehr klar erkennen.

Herpes facialis kommt oft, und zwar zwischen dem 2. und 5. Tage zur Beobachtung (bei Rietz in 35 Fällen 11 Male); sein Erscheinen hängt von der Art des Fieberanfanges und zudem von subjectiven Verhältnissen ab. Er scheint bei günstig endenden Fällen häufiger als bei letal endenden sich zu finden. Die Milz zeigt sich etwas vergrössert (Fiebersymptom), der Harn ist arm an Chloriden, reich an Harnstoff und Harnsäure, manchmal vorübergehend eiweisshaltig, besonders bei abnorm hohen Temperaturen.

Fig. 34.



Krise der Pneumonie eines 8½jährigen Knaben. Verhalten von Puls, Temperatur und Respiration.

Schwere Hirnsymptome finden sich oft vor, nach Manchen besonders beim Sitze der Entzündung an den oberen Lappen. Sie sind am Seltensten begründet durch eitrige Meningitis cerebralis oder cerebrospinalis; man hat diese gleichsam als einen Error loci eines pneumonischen Nachschubes aufzufassen gesucht. Am Krankenbette ist sie ungemein schwer zu erkennen, weil fast alle ihre Symptome (Pupillenstarre, convulsivische Anfälle, Nackencontractur, unregelmässiger Puls, Erbrechen, Kopfschmerz) auch ohne sie da sein können. Man darf sie nur auf evidente Lähmung einzelner Hirnnerven hin diagnosticiren. Bisweilen sind die Hirnerscheinungen nach Steiner bedingt durch eitrige Entzündung einer oder beider Paukenhöhlen. In diesem Falle können mit Eintritt eitrigen Ohrenflusses die Hirn-

symptome rasch verschwinden. Eine weit häufigere Ursache liegt in abnorm hohen Fiebergraden. Sie gilt besonders dann, wenn Delirien, Schlafsucht, Muskelzuckungen vorwiegen und mit der Krise rasch schwinden. Es ist darum wichtig, diese Ursache thermometrisch nachzuweisen, weil sie mit Erfolg durch kalte Bäder oder Umschläge bekämpft werden kann. Sie ist zudem im Kindesalter die häufigste Quelle der erwähnten Hirnstörungen. Manche Nebengründe mögen bei der Entstehung letzterer mit wirksam sein, namentlich die Kreislaufsstörung. Diese kann einen solchen Grad erreichen, dass Hände und Füsse ödematös anschwellen (Bednar). Eine weitere Art von Hirnstörung, ein gewisses kaltes Deliriren mit Gesichtstäuschungen oder schlafsüchtiger Zustand tritt kurz vor, mit oder nach der Lösung ein und geht hervor aus Hirnanämie in Folge der Erschöpfung des Körpers durch den Fieberprocess. Zu diesen Symptomen sind auch die Sehstörungen: wie Farbensehen, Grausehen u. dergl. (Sichel, Seidel), oder vorübergehendes Erblinden zu rechnen. Man hat letzteres noch in mehreren anderen hochfieberhaften Krankheiten beobachtet (Gräfe, Henoch), und der ophthalmoskopische Befund war auch dort arterielle Anämie der Retina. Es steht diese Sehstörung mit jenem Erblinden auf gleichem Fusse, das bei Erwachsenen bei Hämatemesis oder Metrorrhagie vorkommt.

Der Verlauf der Pneumonie ist ein typischer, so gut im Kindesalter, wie bei Erwachsenen. Er ist für die primären croupösen Fälle günstiger, als für die der übrigen Lebensalter, jedoch weniger günstig als zwischen dem 15. und 35. Jahre. Die Zahl der Todesfälle wird sehr verschieden angegeben; Henoch hatte 25 %, Ziemmssen 4½ % (9 von 201), Steffen 13,8 %, ich 5,7 %. Der Anfang ist ein weniger scharf ausgeprägter, die Beendigung des Verlaufes erfolgt häufiger als bei Erwachsenen, in Form einer completen Krise, die Dauer ist im Durchschnitte kürzer, Lösung am 2.—5. Tage ist hier häufiger als bei Erwachsenen. Im Mittel aus 23 genauer notirten Jenaer Fällen trat die Lösung am 5. Tage ein. Ob die von Griesinger gelegentlich (Dissert. von Wunderlich) gemachte Bemerkung, rechtseitige Pneumonie löse sich durchschnittlich einen Tag später als linksseitige, auch an grösseren Zahlen sich bestätigt, lasse ich dahingestellt. Günstige Anzeichen sind für den Einzelfall: frühere Gesundheit, kräftige Körperbeschaffenheit, geringe Ausdehnung der Lungenerkrankung, regelmässiger Fieberverlauf ohne ungewöhnlich hohe Grade, geringer Katarrh der Bron-

chien, Abwesenheit von Complicationen. Die Todesfälle werden hauptsächlich bedingt durch fieberhafte Erschöpfung des überangestrengten Herzmuskels, durch Erstickung in Folge ausgedehnter Hepatisation oder Katarrhes der Bronchien, durch fieberhafte Erschöpfung oder durch complicirende Krankheiten. Unter den letzteren sind besonders hervorzuheben: Pleuritis exsudativa, Perikarditis und Endokarditis, Meningitis, dann acute Darmkatarrhe. Letztere werden namentlich bei Säuglingen gefährlich. Der Verlauf bei Säuglingen ist durch stöhnendes, kurzes Athmen, Unvermögen, längere Zeit zu saugen, blasses, verfallenes Aussehen und häufiges Hinzutreten von Convulsionen ausgezeichnet. Fast fieberloser Verlauf kommt bei solchen Pneumonieen vor, die zu schweren Erkrankungen gegen Ende hinzutreten. Namentlich kann ich die schon von Valleix, Bednar u. A. gemachte Bemerkung auch nach thermometrischer Messung bestätigen, dass die Pneumonie der Skleromkranken fieberlos verläuft. Die Ausgänge der Krankheit in Verkäsung des Infiltrates, Induration und Abscessbildung sind sämmtlich im Kindesalter selten. Sie werden am Sichersten daraus erkannt, dass örtlich die Zeichen der Lösung ausbleiben, und dass nach einem vollständigen oder unvollständigeren Temperaturabfalle einige Fieberbewegung in der nächsten Zeit fortdauert. Das Eintreten der Induration wird aus dem starken Einsinken der Brustwand, aus dem Auftreten bronchiektatischer Cavernen und der einfach eitrig-schleimigen Beschaffenheit der Sputa erkannt. Wo letztere reichlich, dünn-eitrig zum Vorschein kommen, kann auf Abscess, und wo sie oft Blutpunkte und elastische Fasern enthalten, auf Verkäsung geschlossen werden.

Die Diagnose der Lungenentzündung ist um desswillen in der ersten Kindheit schwierig, weil man ganz auf objective Zeichen angewiesen ist, und weil unter diesen die des Auswurfs zu mangeln pflegen. Die Unterscheidung von Pneumonie und Atelektase ist leicht, indem letzterer ein fieberloser Verlauf zukommt. Auch dort, wo zu einer fieberhaften Krankheit eine Verdichtung der Lunge hinzugetreten ist, wird man die Pneumonie leicht erkennen an dem kurzen, abgebrochenen Husten, an der verminderten Bewegung der Seite ohne Einziehung, an der raschen, lobären Ausdehnung der Verdichtung, an dem Knisterrasseln und starken Bronchialathmen. Für die Unterscheidung von Pleuritis gewährt die Verstärkung des Stimmfremitus bei Pneumonie, die Abschwächung desselben bei jener ein Zeichen, das während des Schreiens sehr leicht beobachtet und

sogar für die Bestimmung der Ausdehnung der Pneumonie verwendet werden kann. Zudem lähmt Pleuritis die Intercostalmuskeln, dehnt die Seite stärker aus, verschiebt Herz- und Zwerchfell, die bei der Pneumonie ruhig an ihrer Stelle liegen bleiben und erregt nur niederes und unregelmässiges Fieber. Am Schwierigsten ist die Unterscheidung der croupösen und der Bronchiopneumonie, von der wir im nächsten Kapitel handeln werden. Vor dem völligen Uebersehen der Pneumonie, sei es der primären, die manchmal für einen blossen Katarrh gehalten wird, sei es der secundären, die zu anderen schweren Erkrankungen hinzutritt, schützt fleissige und allseitige Untersuchung der Brust, regelmässige, mindestens zweimalige Messung der Körperwärme täglich.

Während die Behandlung der Pneumonie Erwachsener schon seit den bahnbrechenden Erfahrungen Dietl's von Anwendung schwer eingreifender, schwächender Methoden abgekommen ist, blieb für die der Kinder das blutentziehende Verfahren, die Darreichung des Kalomel und Brechweinstein so vollständig an der Tagesordnung, als ob es sich um eine gänzlich andere Erkrankung handelte. Erst in den letzten 15 Jahren ist man allgemeiner von den Vortheilen einer schonenden, indifferenten Behandlungsweise überzeugt geworden, der Behandlungsweise, die ich bereits in der 1. Auflage dieses Buchs als exspectativ-symptomatische lebhaft vertreten habe. Die symptomatischen Hilfsmittel sind übrigens in neuerer Zeit reichlicher und in wirksamerer Form geboten. In den Fortschritten der Pneumoniebehandlung, die wir aufzuzählen haben, sind genau genommen nur Fortschritte dieser Methode zu erkennen.

Einfache Pneumonie, die in sehr zartem Alter auftritt, oder Pneumonie mit Darmkatarrh complicirt, wird am Besten mit Gummischleim, Abkochung von Gerste, Reis etc. mit etwas Säure, kurz mit den indifferentesten Mitteln behandelt. Ist der pleuritische Schmerz heftig, so genügt oft ein Senfteig für sich oder mit nachfolgender Chlorformeinreibung, ihn zu mässigen. Eine kleine abendliche Dose Opium oder Morphium, bei älteren Kindern eine subcutane Injection kann sich daran anreihen. Wo irgend anwendbar, ist beidem ein Mittel vorzuziehen, das zugleich wärmeentziehend wirkt, der kalte Umschlag; von Nissen und Weber in Kiel, dann von Bartels, Niemeyer, Ziemssen angewandt und empfohlen, wird er bereits allgemein als nützlich und wohlthätig anerkannt. Ein Handtuch oder eine Serviette wird in kaltes Wasser getaucht, gut ausgerungen, um die kranke Seite von Brust-

bein bis Wirbelsäule gelegt und fleissig, etwa ¼stündlich erneuert. Die Fiebererscheinungen werden dadurch herabgedrückt, der Seitenschmerz gemässigt, der ganze Verlauf erleichtert. Um das Fieber herabzusetzen, werden von Arzneimitteln angewandt: Kalisalze, besonders Nitrum, Chinin, Digitalis und Veratrin. Die in dieser Reihe zuletzt stehenden wirksameren Antipyretica sind zugleich die gefährlicheren. Kalisalze in den gewöhnlich angewandten Dosen geben keinen messbaren Effect. Digitalis in öfteren grossen Dosen kann die Temperatur um ½—1½° herabsetzen, doch nicht völlig entfiebern. Durch Veratrin dagegen wird, wie Biermer in der trefflichen Dissertation von Kocher für Erwachsene zeigte, bei stündlicher und stündlich durch das Thermometer controlirter Anwendung die Temperatur selbst unter Normal herabgedrückt. Leider tritt häufig Brechdurchfall oder Ohnmacht ein. Diese Nebenwirkungen stehen der Anwendbarkeit des schon früher von Aran, Vogt u. A. empfohlenen Veratrins bei Kindern sehr im Wege. Jedenfalls dürfte die Dose kaum klein genug gegriffen werden können, etwa 0,5—1,5 Ctgrm. Ich gestehe, dass ich mich noch nicht mit der Anwendung dieses Mittels bei Kindern habe vertraut machen können.

Einzelne grosse Chinin-Dosen (S. 39) zur Zeit der beginnenden Temperaturremission, also nach Mitternacht gereicht, bewirken bei Vielen eine ½—1tägige Entfieberung, in einzelnen Fällen bleiben sie fast oder völlig wirkungslos. Noch dauerndern antifebrilen Effekt habe ich durch Einathmungen einer ½% Lösung von Chinin. muriat. erzielt und gerade bei Kindern einigemale vorzeitige Entfieberung bewirkt. Anderemale wurde der Verlauf dadurch ein protrahirter, intermittirender. Es wurden gegen Mitternacht 1—3 Einathmungen von ¼ Stunde Dauer kurz nach einander gemacht. Neuerdings habe ich das Verfahren dahin modificirt, dass ich an einzelnen Tagen stündlich den ganzen Tag durch je eine halbe Viertelstunde bis eine Viertelstunde lang von der Chininlösung einathmen liess. Der erwähnte Erfolg ist der von Jürgensen so klar motivirten Gefahr der Herzparalyse gegenüber jedenfalls von Bedeutung. Man hat neuerdings anstatt des Chinins das salicylsauere Natron zu 2—5 grm. per Tag und das Salicin als antifebriles Mittel gegeben. Im Ganzen scheint die Chininwirkung sicherer und mit unangenehmen Nebenwirkungen in geringem Maasse ausgestattet zu sein.

Wo der Kräftestand beim Eintritte in die Krankheit ein ge-

ringer war, Erscheinungen von Schwäche Hirnanämie, Collapsus auftreten, kann die Anwendung von Wein und starker Fleischbrühe löffelweise, wenn auch nicht in dem in England nach Todd üblichen Masse, nicht warm genug empfohlen werden. Jedenfalls thut man Unrecht, daraus eine Behandlungsweise der Pneumonie zu machen; es sind nur gewisse während derselben hervortretende Symptome, die die Indication für diese Mittel liefern. Auch Campher und Benzoe können die Wirkung des Weines unterstützen. Schliesslich hätten wir der Blutentziehungen zu gedenken. Blutegel oder Schröpfköpfe genügen hier für alle Fälle, und diese sind ohnehin selten genug. Meines Erachtens indicirt bei Kindern nur hochgradiges collaterales Oedem, ausgesprochen durch starken Katarrh der gesunden Lunge, dies Verfahren. Gewöhnlich werden gegen solchen collateral-fluxionären Katarrh auch Brechmittel empfohlen, ich habe jedoch bei häufiger Anwendung seit langer Zeit keinen günstigen Erfolg davon gesehen.

Während der Reconvalescenz wendet man zur Beseitigung des Katarrhes mit Vortheil Salmiak, kohlensaure Alkalien, adstringirende Eisenpräparate an und sucht den sehr beträchtlichen während der Krankheit erlittenen Gewichtsverlust durch reichliche Ernährung auszugleichen. Oft macht nachfolgende Pleuritis Abführmittel, Diuretica, örtliche Hautreize nöthig.

VIII. Katarrhalische Pneumonie.

Ziemssen: Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter p. 292 u. f.
Bartels: Virchow's Archiv Bd. XXI. Heft 1 und 2. 1861.
Id.: Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. II. p. 395 u. f.
Steiner: Ueber lobuläre Pneumonie der Kinder. Prager Vierteljahrschrift 1862. Bd. III. p. 1.
O. Bayer: Ueber die Versuche, croupöse Entzündungen der Respirationsorgane künstlich zu erzeugen und über die Specifität dieser Processe. Arch. d. Heilk. IX. p. 85.
Colberg: Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Lungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. II. p. 453.
Damaschino: Des différentes formes de la pneumonie aigue chez les enfants. Par. 1867.
Eust. Smith: Commentaries on diseases in children. Acute catarrhal pneumonie. Med. Times and gaz. 1874. nr. 14. Cannst. Jahresber.

Diese Erkrankung, für das Säuglingsalter die häufigere von beiden Pneumonieformen, entsteht aus Katarrhen um so leichter, je reichlicher die Absonderung, je intensiver die katarrhalischen Er-

scheinungen überhaupt und namentlich die Hustenbewegungen sind. Fieberhafte Erkrankung, andauernde Rückenlage, gesunkener Kräftezustand sind weitere, häufig gebotene Momente, die die Entstehung der Krankheit begünstigen. Ausser primären, idiopathischen Katarrhen sind es desshalb besonders die Katarrhe der Masernkranken, des Keuchhustens, des Croups, der Rachitis, der Scrophulose, die den Uebergang in pneumonische Erkrankung machen. Anatomisch wird die Vermittelung hergestellt durch die Atelektase und die zu ihr hinzutretende Hyperämie und Exsudation. Die gleichmässige Verbreitung des Katarrhes von der Trachea her auf die Bronchien bedingt das gewöhnlich doppelseitige Auftreten der Krankheit, die mechanisch ungünstigere Lage der Unterlappen, vermöge deren sie der Hyperämie und Secretansammlung mehr ausgesetzt sind, macht diese und speciell ihre untersten, hintersten Theile zum Hauptsitz der Krankheit. Man findet die frühesten Stadien als linsen- bis haselnussgrosse, braunrothe, hart anzufühlende Knoten in atelektatisches Gewebe eingebettet. In Mehrzahl vorhanden, verleihen sie den sonst schlaffen, atelektatischen Theilen eines Lappentheiles eine knotige, höckerige Beschaffenheit, springen auf dem Schnitte zwischen dem collabirten Gewebe vor und lassen sich nicht von den Bronchien her aufblasen. Inmitten des Heerdes zeigt sich der Durchschnitt eines oder mehrerer erweiterterten Bronchien, die mit katarrhalischem Secret erfüllt sind. Die Veränderung der Alveolen besteht in Anfüllung mit katarrhalischem Secret und losgestossenen Epithelien oder jüngeren aus Wucherung derselben hervorgegangenen Zellen. Später, bei chronischem Verlaufe tritt Wucherung des interstitiellen Gewebes und dadurch Schrumpfung des ganzen Lungentheiles mit Dilatation seiner Bronchien hinzu. Während dieser Ausgang in Induration und jener in Verkäsung des Infiltrates weit häufiger, als bei der cropösen Pneumonie, eintritt, beobachtet man doch überwiegend oft, dass die Alveolen der erkrankten Stellen durch fettige Metamorphose, Verflüssigung und Resorption von den darin angehäuften Zellen befreit werden. Dann sieht man erst das Centrum der einzelnen Knoten trockener werden, sich schmutzig grau oder gelb färben, dann die ganzen Knoten entfärbt, weicher und saftreicher werden und schliesslich zu ihrem Luftgehalte zurückkehren. Die Ausgänge in Gangrän und Abscess sind von Steiner beobachtet worden. An dem ganzen Processe nimmt die Pleura weniger entschiedenen Antheil, als bei croupöser Pneumonie; sie zeigt wohl Verdickung, Trübung, einzelne

Adhäsionen, aber nicht jene lebhafte Hyperämie und faserstoffig-eitrige Exsudation, wie dort.

Der Beginn der Erkrankung lässt sich selten so scharf auf die Stunde bestimmen, wie dies für die croupöse Pneumonie möglich ist. Es rührt dies nicht allein daher, dass meist schon Kranke betroffen werden, sondern von der langsamen Entwicklung der Krankheit selbst, namentlich dem allmäligen Fieberbeginne. Die Kinder werden unruhiger, durstiger, sehen geröthet aus im Gesichte, ihr Puls steigt, ebenso die Respiration, der Husten wird kurz, anstossend, das Athmen seufzend.

Die Temperatur steigt binnen mehrerer Tage, meist mit geringen morgendlichen Remissionen auf 1½—3 Grade über Normal und hält sich ½—1½ Wochen mit starken morgentlichen oder ein- bis mehrtägigen Remissionen auf dieser Höhe, um dann in langsamer Lösung oder mit Lösung beginnend und zuletzt doch noch in rascher Krise endend abzufallen. Die Dauer des fieberhaften Verlaufes ist länger, die Fieberhöhe geringer und mehr fluctuirend, als bei croupöser Pneumonie, der ganze Verlauf ähnelt sehr der Curve leichter Typhen.

Die Percussion ergibt verbreitete Dämpfung meist beider unteren Lappen, oft auch mehrere in verschiedenen Lappen zerstreute, diffus begrenzte Heerde. Tympanitischer Schall von verschiedenartiger Begründung (vergl. pag. 358) kommt dabei sehr oft und sehr deutlich vor, besonders wenn es sich um die Oberlappen handelt. Die Auscultation lässt am Constantesten Abschwächung des Vesiculärathmens und ungleichblasige, stellenweise consonirende Rasselgeräusche wahrnehmen. Bei grösseren Heerden fehlt auch Bronchialathmen nicht, doch erreicht es kaum die Stärke und Helligkeit, wie bei der früher besprochenen Form. Eigentliches Knisterrasseln fehlt, doch kommen ziemlich kleinblasige, nur etwas ungleichblasige Geräusche ganz wohl vor. Häufiger Wechsel der Erscheinungen, namentlich des Bronchialathmens, der Bronchophonie, des klingenden Rasselns und der verstärkten Stimmvibration erschwert die Diagnose. Wo bei älteren Kindern Auswurf zum Vorschein kommt, ist er bald innig blutgemengt, rostfarben, bald auch schleimig und nur mit einzelnen rostfarbigen oder rein blutigen Punkten oder Streifen durchsetzt.

Bei kleinen Kindern stellen sich oft nach kurzem Verlaufe die Gefahren der Herzschwäche und der Kohlensäure-Narkose ein. Puls und Athem werden ausserordentlich frequent,

letzterer bis zu 100, klein und oberflächlich, die Haut erblasst unter stärkerem Schwellen der Venen und wird von reichlichen Schweissen benetzt, die Gesichtszüge verfallen, und die Kranken werden apathisch. Oft treten Stickanfälle hinzu. In dieser Weise fordert die Krankheit eine weit grössere Zahl von Opfern, als die croupöse Pneumonie. Henoch verlor von 35 Fällen 9, Steiner $^{2}/_{3}$ der Kranken, Ziemssen von 98 Fällen 36, und zwar von den Masernpneumonieen nur $^{1}/_{3}$, von denen des Keuchhustens über die Hälfte. Je jünger die Kinder, desto schlechter die Prognose. Auch bei den Genesenden bleiben oft Neigung zu Katarrhen oder öfterer Lungenentzündung, Emphysem, partielle Schrumpfung der Lunge, Bronchiektasie, endlich Phthise zurück.

Der Verlauf theilt sich in einen acuteren, wie er öfter den aus einfachem Katarrhe sich entwickelnden und den aus Masern hervorgehenden Fällen zukommt, und einen mehr subacuten oder chronischen, wie er bei Scrophulösen, Keuchhustenkranken öfter sich findet. Im ersteren Falle tritt nicht selten sehr frühzeitige Krise am 3.—4. Tage ein, oder es beginnt eine spätzeitige, langsame Lösung am 6.—9. Tage und endet doch noch mit einer completen Krise. Bei chronischen Formen vergehen Wochen und Monate unter incompleten Krisen, Rückfällen und anomalen Ausgängen, für die neben den schwankenden Fieberzuständen starke Absonderung der erweiterten Bronchien und Einsinken der Brustwand über die schrumpfenden Lunge die Hauptrolle spielen.

Die Diagnose hat, namentlich der croupösen Pneumonie gegenüber, ihre Schwierigkeiten; lobuläre croupöse, lobäre katarrhalische Pneumonieen, ja das Zusammenvorkommen von croupöser und Katarrhalpneumonie in einer Lunge (Damaschino) beweisen das. Dessenungeachtet muss man die Unterscheidung beider Formen anstreben, und zwar sie stützen auf die Entwicklung der Katarrhalpneumonie aus Katarrh und Atelektase, von denen letztere Verdichtung der Lunge ohne Fieber so lange zeigt, bis die hinzutretende Pneumonie gerade dadurch markirt wird; ferner muss man sie stützen auf den niederen, langgestreckten, fluctuirenden Fieberverlauf, auf die diffuse, meist doppelseitige Dämpfung, das katarrhalische, nicht knisternde Rasseln und die zögernde Lösung.

Die Behandlung hat zunächst alle Schädlichkeiten, die den Katarrh steigern, abzuhalten, namentlich für gleichmässige Temperatur der Athmungsluft zu sorgen; sodann Husten und Athemnoth zu bekämpfen durch Vorsorge für reine Athmungsluft, durch zweck-

mässige Anwendung der Inhalationstherapie, durch Darreichung von narkotischen Mitteln, z. B. kleiner Dosen von Opium, Morphium, Extr. hyoscyami, Lactucarium, Extr. belladonnae. Im Anfang kann es sowohl für die Verhütung, als für die Behandlung von gleichem Vortheil sein, die Lage so wechselnd einzurichten, dass Schleimanhäufung in den Bronchien der unteren Lappen oder einer Seite möglichst vermieden wird. Für den Pneumonieverlauf ist es von grösster Bedeutung, das Fieber herabzudrücken. Kalte Umschläge um die Brust sind in der Richtung am Wirksamsten, doch erfordern sie sorgsame Ueberwachung wegen der öfter vorkommenden Colapse, die das Aussetzen der Umschläge und die Anwendung von Reizmitteln, besonders Wein indiciren. Bei diesen Entzündungen ist es räthlich, von Vorne herein schwächende Behandlungsweisen zu vermeiden und auf Erhaltung der Kräfte durch Ernährung bedacht zu sein. Von den antifebrilen Mitteln ist besonders das Chinin in einzelnen grösseren Dosen indicirt. Mit den üblichen Expectorantien (Ipecacuanha, Kermes, Tartarus in refract. dosi) wird wenig ausgerichtet, eher kann bei nachtheiliger Schleimanhäufung ein Brechmittel zwischendurch empfohlen werden. Während der Reconvalescenz ist reichliche Ernährung, Wein und Eisen indicirt und des Katarrhes wegen die Anwendung austrocknender Inhalationen.

IX. Gangraena pulmonum.

Lungenbrand.

Steiner u. Neureuther: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Fr. J. Kinderspitale. Prager Vierteljahrschr. LXXXIV. p. 92.

Louisa Atkins: Ueber Gangraena pulmonum bei Kindern. Diss. Zürich 72.

A. v. Hüttenbrenner: Zwei Fälle von Pneumothorax nach Gangrän der Lunge. Jahrb. f. Kdrhlkde. N. F. V. S. 206.

Thom. C. Unger: Gangrene of the lung in children. Med. times and gaz. 1874. Virch. u. Hirschs Jahresber.

Die Zusammenstellung von L. Atkins umfasst 72 Fälle, eine Menge anderer wird als rein anatomischer Befund nicht weiter verwerthet worden sein. Wie bei den orificiellen Formen, so zeigt sich auch hier eine starke Disposition des Kindesalters zu gangränösen Processen. Die ersten 7 Lebensjahre sind doppelt so stark bedacht, als die folgenden. Die Kinder der Armen, der Findelhäuser und Hospitäler liefern ein starkes Contingent. Die Lungengangrän ist oft angetroffen worden bei solchen, die zuvor an Masern,

Scharlach, Typhoid, Tuberculose und anderen schweren Allgemeinleiden, oder an cariösen, eitrigen Prozessen, Furunculose, Felsenbeincaries u. dergl. gelitten hatten. Es gilt auch für das Kindesalter, dass sie bei Hungernden, Fiebernden, Abmagernden besonders leicht entsteht, ich denke wohl schwerlich je, ohne dass noch irgend ein örtlicher Anstoss, der vielleicht bei einem Gesunden ganz unwirksam wäre, dazu wirkte. Die rein örtlichen Ursachen wirken von den Luftwegen oder Blutgefässen aus. Grobes Fehlschlucken von Nahrungsmitteln, Eindringen von Fremdkörpern, namentlich chemisch reizender, erregt von den Luftwegen aus, septische Embolie von der Pulmonalarterie her Gangrän. Ich kenne z. B. aus eigener Anschauung folgende Verlaufsweisen: Innere Einklemmung, Kotherbrechen, Adspiration kothiger Massen in die Bronchien, Lungengangrän oder Abdominaltyphoid, Soor des Mundes und Rachens, Fehlschlucken der Speisen, Pneumonie, Gangrän oder Typhoid, brandiger Dekubitus, Lungenarterienembolie, Lungengangrän. Bei der Felsenbeingangrän kann Embolie von thrombosirten Venen oder Blutleitern her erfolgen, aber auch jauchige Flüssigkeit durch die Tuba in die Glottis eindringen. Zu den Entstehungsweisen von den Luftwegen aus gehören auch die im Kindesalter nicht stark repräsentirten Ausgänge von hämorhagischem Infarkt, von Pneumonie oder von Bronchiektasie in Gangrän. Die primäre Entstehung durch Traumata, namentlich auf die Thoraxwand einwirkende Gewalten, ist so gut für das Kindesalter gültig, wie für das der Erwachsenen erwiesen. —

Der Umfang des Brandheerdes kann von den kleinsten Anfängen bis zur Ausdehnung des ganzen Lungenlappens sich erstrecken; die umschriebene Form ist ungleich häufiger als die diffuse (11 % bei L. Atkins). Wo Embolie oder eingedrungene Fremdkörper die Ursache bilden, ist der rechte untere Lappen vorwiegend befallen. Da sich dieses Verhältniss überhaupt für die Lungengangrän im Kindesalter herausstellt, kann man daraus auf die Bedeutung dieser Vorgänge in der Entstehungsgeschichte der Krankheit schliessen. Die Gangrän kann von der Lunge auf benachbarte Organe übergreifen, auf Oesophagus, Bronchialdrüsen, zunächst auf die Pleura. Von hier aus entstehen Pleuritis, Pneumothorax, Thoraxfistel. Erfolgt bei der begrenzten Lungengangrän Heilung, so bleibt eine derbwandige Höhle oder ein pigmentreicher Bindegewebsknoten zurück unter stärkerer Ausdehnung des umgebenden Parenchyms. —

Bei der Entstehung und Erweichung des Brandheerdes werden Gefässe eröffnet, der Blutgehalt der Brandjauche beweist dies. Das Eindringen von Jauche in das Blut bewirkt Fieberbewegung; ein bald stürmisch mit Frösteln, bald unmerklich beginnender Fieberzustand ist das erste Zeichen. Ihm entsprechen Blässe, fahles Colorit, Mattigkeit. Insoweit der Heerd geschlossen ist und rasch um sich greift, ist die Temperatur und der Puls hoch, bei eröffnetem Heerd und Stillstand seiner Ausbreitung kann das Fieber aufhören. Es darf als Regel gelten, dass der Kranke stark fiebert, häufig mit typhösen, adynamischen Symptomen, solange der Brandheerd noch nicht eröffnet ist, dass im späteren Verlaufe die Höhe des Fiebers gering und sein Gang schleppend und unregelmässig ist. Namentlich kann man oft Temperatursteigerung bei stockendem Auswurf, Abfall bei freier Entleerung beobachten.

Die Diffusion der entwickelten Gase bewirkt aashaften Geruch des Athems, schon ehe die Eröffnung stattfand. Es ist dies ein für die Kinderpraxis besonders werthvolles Zeichen, das übrigens auch vorkommen kann, wo immer zwischen Bronchien und Lippen Fäulniss der Gewebe Platz greift, so bei Bronchitis putrida, Halswirbelcaries, Noma u. s. w. — Der Durchbruch in einen Bronchus geht meist mit Bluthusten einher, der aber auch im ganzen weiteren Verlaufe durch Eröffnung eines Gefässes bewirkt werden kann. Nicht selten spricht sich Gegenseitigkeit des Blutaustrittes und des Jaucheeintrittes durch Frostanfälle nach dem Blutspeien aus. Durch die Luftwege entleert sich die Jauche als missfarbiges, reichliches dünnflüssiges Sputum, ausgezeichnet durch Fetzen brandigen Lungengewebes ohne merklichen Gehalt an elastischen Fasern. Die Brandjauche enthält ein Ferment, das bei alkalischer Reaction der Flüssigkeit elastisches Gewebe (auch Eiweiss) auflöst, leimgebende Substanz verschont (Filehne). Die genauere Untersuchung zeigt darin reichliche leptothrixartige Fäden und kleine sich lebhaft bewegende stäbchenförmige Körper. Gegen die sonstige Regel verschmähen selbst Kinder solche Sorte von Auswurf zu verschlucken und bringen ihn zur Beobachtung an den Tag.

Die gefüllte Höhle gibt die Zeichen einer umschriebenen Verdichtung der Lunge oder richtiger einer abgesackten Flüssigkeitsansammlung: Dämpfung des Schalles, sehr leeren Schall, mangelndes Athmungsgeräusch, aufgehobene oder verminderte Stimmvibrationen. Während und zunächst nach ihrer Entleerung lässt die Höhle vielleicht nur tiefen, nichttympanitischen Schall und grossblasige

Rasselgeräusche eskennen. Erst wenn die Wände der Caverne sich geglättet haben, treten die sog. Consonanzerscheinungen hervor. Man kann daher tympanitischen Schall oder Metallklang bei der Percussion, Bronchialathmen, klingendes Rasseln, Metallklang bei der Auscultation, hie und da auch Succussion beobachten.

Die statistischen Mittheilungen lassen die Prognose in sehr ungünstigem Lichte erscheinen. Rilliet und Barthez, Steiner und Neureuther und Boudet hatten in 45 Fällen zusammen nicht mehr als einen Heilungsfall aufzuweisen, L. Atkins unter 25 gesammelten Fällen 5. Trotzdem sollte man erwarten, dass, wo nicht anderweite erschwerende Veränderungen im Körper vorhanden sind, die circumscripte Form frühzeitig in Behandlung kommt und die äusseren Umstände günstig sind, Heilung erzielt werde. Man muss viel von den günstigeren Erfolgen der Privatpraxis erwarten. Während der Lungenbrand der Erwachsenen trotz fieberhaften Verlaufes sich oft auf eine Anzahl von Monaten ausdehnt, findet er bei Kindern früher, längstens in 3 Wochen, seine entscheidende Wendung zum Guten oder Schlimmen. Er wird tödtlich durch Entkräftung, Blutung, oder Erstickung (Pneumothorax).

Für die Behandlung sind die Versuche von Filehne von grosser Bedeutung. Sie ergeben dass Thymol, Terpenthin, Salicylsäuere, Carbolsäuere, Chininsulphat wirksam sind zur Hemmung des Verdauungsvorganges bei Lungengangrän. Von Skoda ist seit lange das Terpentinöl anf heisses Wasser gegossen und eingeathmet als wirksames Desinfections- und Heilmittel empfohlen. Es ist das anwendbarste und zweckmässigste unter diesen Mitteln, nächstdem ist ½—1 % Carbolsäuere-Lösung zu empfehlen. Man sorge für gute Lüftung und reichliche Ernährung und empfehle dem Kranken die Lage, die den Abfluss der Brandjauche durch die Bronchien begünstigt. Zum inneren Gebrauche eignet sich vorzüglich das Chinin, je nach dem Stande des Fiebers in grösseren oder kleineren Dosen. Auch Chinin mit Salicylsäuere, oder Natr. salicylicum wird zeitweise zu verordnen sein, bei reichlichem Auswurfe Plumbum aceticum.

X. Phthisis pulmonalis.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 712 u. f.
Id.: Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft. 1867. Heft III. p. 241.

Ott: F. v. Niemeyer's klinische Vorträge über die Lungenschwindsucht. II. Aufl. Berl. 1867.
Henoch: Beitr. z. Kinderheilk. 1861. p. 61. und 1868. p. 222.
Colberg: Zur pathol. Anatomie der Lungen. Arch. f. klin. Med. Bd. II.
Hérard et Cornil: De la phthisie dans ses rapports avec la scrofule. Union med. 1866. Nr. 124.
L. Waldenburg: Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose. Berl. 1869.
Buchanan: Ueber die tuberculöse Lungenaffection der Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten 1869. Heft 7 und 8.
Oesterlen: med. Statistik p. 380 u. f.
E. Ziegler: Ueber Tuberculose und Schwindsucht. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge nr. 151.

Die Bedeutung der phthisischen Brusterkrankungen trifft das Kindesalter verhältnissmässig nicht schwer. Von 1000 Todesfällen an Phthise kommen auf die ersten 5 Lebensjahre 50—60, auf jedes der Quinquennien 5—10 und 10—15 Jahre etwa 20—30 Fälle, dagegen auf das Alter von 15—25 und von 25—35 kommen je 200—250 Fälle. In den ersten 15 Jahren sterben kaum halb so viele Menschen an Phthise, als in den 10 Jahren zwischen 15 und 35. Unter den 5 ersten Lebensjahren vertheilen sich obige 50—60 (von 1000 Phthisetodesfällen) sehr ungleich, das 4. und 5. Jahr sind immer nur sehr schwach, mit 5—7, vertreten, das erste stark, mit 20, das zweite mit 16—19; zwischen beiden schwankt das 3., dessen Betheiligung sehr ungleich ist. Z. B. 1859 treffen in England auf das I. 20, II. 15, III. 7, IV. 4, V. 4, für London 1849 und 1851—53 stellt sich die Sache so: I. Jahr 20, II. 19, III. 12, IV. 7, V. 5. Wie hier für London, so zeigt sich auch sonst für die grosse Stadt die Phthise häufiger als für das Land. Sie ist eine Krankheit der armen, insbesondere der Arbeiterfamilien. In Fabrikstädten erreicht sie auch für die Jugend eine grosse Häufigkeit.

Dieses überwiegende Betroffenwerden des ersten Lebensjahres deutet auf Einflüsse hereditärer Art hin, die mächtiger sein müssen, als alle anderen Ursachen der Phthise im Kindesalter. Bei manchen Kindern ist die scrophulöse Mitgift so energisch wirkend, dass sie kurz nach der Geburt sich schon geltend macht; ganz besonders ist sie dies, wenn sie von zu der Zeit selbst mit dem Tode an Phthise ringenden Eltern herstammt. Nahrungsmangel, unverdauliche Nahrung, abgesperrte, staubige, rauchige Luft, Unreinlichkeit begünstigen die Entwicklung des ererbten phthisischen Keimes oder lassen ihn neu entstehen. Manche Infectionskrankheiten, Masern

und Keuchhusten obenan, liefern auch einiges Contingent, ebenso lässt sich dies für die Syphilis nicht ganz in Abrede stellen. Auch die Möglichkeit der Uebertragung durch die Milch von Kühen, die an Perlsucht leiden, ist für das früheste Kindesalter zu berücksichtigen.

Von den der Phthise zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen tritt die eine, die Tuberculose, meistens als Allgemeinkrankheit auf. Sie ist bei Erwachsenen die seltenere: sie repräsentirt bei etwa 10 % (Colberg, 11,4 % Slavjansky) derselben die Krankheitsursache, bei den übrigen 90 % handelt es sich um käsige Pneumonie. Gilt dies Verhältniss auch für die Kinderjahre? Es liegt wenig Material zur exacten Beantwortung vor. Rilliet und Barthez unterscheiden an dem Befunde phthisischer Lungen Granulation, tuberculösen Staub, Miliartuberkeln, dann graue, gelbe Infiltration und Cavernen. Dürfte man die ersteren Rubriken als die der Tuberculose, die 3 letzteren als die der chronischen verkäsenden Pneumonie angehörenden betrachten, so würde das Vorkommen der ächten Tuberculose das häufigere zu sein scheinen. Steffen gibt in seiner Arbeit über Tuberculose der Choroidea an, dass unter seinem Material die käsige Pneumonie über die Tuberculose überwiege. Ohne der Zeit bestimmt angeben zu wollen, welche beider Formen die häufigere sei, lässt sich doch so viel behaupten, dass die Tuberculose bei Kindern bedeutend höhere Zahlen der Frequenz erreicht, als bei Erwachsenen, die chronische Pneumonie geringere, dass also wenigstens ein relatives Ueberwiegen der Tuberculose zugestanden werden müsse und zwar um so mehr, um je jüngere Altersstufen es sich handelt.

Miliare Tuberkeln treten etwa ebenso oft in einer Lunge allein, als in beiden zugleich auf, jedoch dort, wo sie wesentlich das Krankheitsbild beherrschen, in beiden Lungen in grosser Verbreitung; sie erscheinen etwas häufiger in den oberen als unteren Lappen, in der rechten als in der linken Lunge. Ihr wesentlicher Charakter liegt in der Bildung eines meist ursprünglich in den Septis der Alveolen gelagerten Häufchens von Rundzellen vom Charakter der weissen Blutzellen, in dessen Mitte sich sehr gewöhnlich Riesenzellen finden. Diese durch ihre Kleinheit und ihre starken Kerne ausgezeichneten Zellen können später, und zwar die centralen zuerst, eine fettige Metamorphose eingehen, indess gleichzeitig die zwischenliegende Flüssigkeit resorbirt und das Centrum des Korns gelb gefärbt wird. Diese Veränderungen erfolgen an zahlreichen,

aber doch soweit von einander entfernten Punkten, dass das Confluiren derselben nicht stattfinden kann oder nur an wenigen Punkten zu Stande kommt. An die Tuberkeln reiht sich ganz gewöhnlich eine Anfüllung der Alveolen mit Zellen an, es treten peribronchitische Veränderungen in Form grösserer grauweisser kleeblattförmiger oder mehrzackiger Heerde hinzu. Selten sind diese Vorgänge auf die Lunge allein beschränkt, sondern wiederholen sich in ähnlicher Weise an mehreren serösen Häuten, besonders der Pleura und dem Ueberzuge der grossen Drüsen des Unterleibes, oft auch dem Parenchyme derselben und noch mancher anderen Organe. Sehr selten sind sie das Erste, was zu Stande kommt, vielmehr findet sich gewöhnlich ein schon älterer käsiger Heerd, sei es in der Lunge, in den Bronchialdrüsen, den Drüsen des Halses, dem Knochen des Felsenbeines, der Wirbel oder der Extremitäten oder in einem anderen Organe, von wo aus die Infection sich verbreitete. Die Dissemination von den käsigen Knoten aus erfolgt hauptsächlich auf den Wegen der Lymphbahnen und der Blutbahnen.

Wenden wir uns nun zu den Zeichen dieser Form, so können wir für die miliare Tuberculose im Anfange oder dem grössten Theile ihres Verlaufes eine gewisse Latenz statuiren, während welcher nur öftere Katarrhe, leichte Anwandlungen von Fieber, andauernde Störung des Appetites und der Verdauung, Abnahme mehr der Kräfte, als der Ernährung wohl das Bestehen eines tieferen Leidens wahrscheinlich machen, in welcher jedoch höchstens mit Berücksichtigung besonders hervorstechender anamnestischer Momente, z. B. deutlicher, fortschreitender Tuberculose der Mutter oder Amme bei ganz kleinen Kindern, einige Wahrscheinlichkeit für die Annahme dieses Leidens gewonnen werden kann, wenn nicht diese Wahrscheinlichkeit durch die directen Zeichen einer schon bestehenden älteren Infiltration (Drüsen, Knoten in der Lunge) nahe gelegt wird. Verschieden lange oder kurze Zeit vor dem lethalen Ende nimmt die Sache einen acuten Charakter an, das Fieber steigert sich, gewinnt einen typhoiden Charakter. Entweder treten auch die Brusterscheinungen in den Vordergrund und gewinnen das Bild eines acuten Katarrhes, einer Bronchitis capillaris, einer Bronchopneumonie, oder es stellen sich auffallendere Erscheinungen Seitens entfernterer Organe ein, die jetzt in den Bereich der Miliartuberculose fallen; so erscheint nicht selten am Ende das ausgeprägte Bild der Meningitis basilaris.

Von den Symptomen sind wichtig: Das ungemein blasse und

abgemagerte, klägliche, halb leblose Aussehen bei Säuglingen. Im Verlaufe treten oft leichte Oedeme, dagegen selten starke Nachtschweisse hinzu. Dennoch ist das öftere Feuchtwerden der Haut bei hohem Fieber, wie es sich bei diesen Kranken trifft, zu berücksichtigen. Der Puls erreicht sehr hohe Zahlen, die Temperatur wenigstens hohe. Die letztere zeigt bald einen irregulär schwankenden Gang, bei dem nur einzelne hohe Gipfel erreicht werden, andere Male nähert sie sich vollständig der typhösen oder bronchopneumonischen Curve. Da auch die Milz nicht unbedeutend dabei anschwillt, Diarrhöen oft vorkommen, ja selbst ein petechiales Exanthem (bei hochfebrilen Fällen) beobachtet werden kann, so lässt sich so wenig im Kindesalter, als bei Erwachsenen die Verwechslung von Typhus und acuter Tuberculose stets vermeiden. Die Schwere der allgemeinen Erkrankung und die Geringfügigkeit der Zeichen an der Brust werden mit Recht als zusammentreffend bei dieser Krankheit hervorgehoben. Der einzelne Miliartuberkel kann heilen, zu einem harten, weissen, bindegewebigen oder verkalkten Knötchen schrumpfen; es ist dies keineswegs ein seltener Ausgang. Dort, wo die Miliartuberculose erkannt werden kann, wird man wegen zu weit vorgeschrittener Abmagerung und reichlich nachrückenden Infectionsmateriales selten mehr Heilung der Krankheit erwarten dürfen. Tuberculose vieler Organe, zwischen den Tuberkeln auftretende Entzündung des Lungengewebes (gelatinöse Pneumonie, analog der Meningitis basilaris), hauptsächlich aber febrile Consumption führt den Tod herbei. Die Therapie hat sich jetzt mit Recht den Fieberverhältnissen mit besonderem Eifer zugewendet. Chinin, Digitalis, vorzüglich kalte Umschläge, Waschungen, Bäder, soweit sie durch das Thermometer indicirt sind, werden jetzt am Meisten empfohlen, daneben behalten Wein, stärkende Nahrungsmittel, Fette, Milchcuren immerhin ihren berechtigten Werth bei. Eine Therapie derart, dass man die käsigen Infectionsheerde, wo sie äusserlich gelegen sind, ausrottet oder sonst unwirksam macht, ist bis jetzt nur für wenige Fälle möglich, muss jedoch das eigentliche Ziel der Behandlung der Tuberculose werden. Was zur Verhütung in früherer Zeit geschehen kann, ist an früherer Stelle bei Scrophulose und Tuberculose im Allgemeinen besprochen.

Von den chronisch-pneumonischen Formen, die der Phthise zu Grunde liegen, verdient eine in besonders ausgezeichneter Weise den Namen scrophulöse Pneumonie. Sie findet sich in so ausgeprägter Art bei Erwachsenen kaum vor. Sie geht aus

Katarrhalpneumonieen hervor und zeichnet sich durch ihre stroh- bis schwefelgelbe Farbe, Trockenheit und Massigkeit aus. Etwa 8mal häufiger in einer Lunge, als in beiden Lungen vorhanden, keiner derselben mit besonderer Vorliebe angehörend, in den oberen Lappen etwas öfter, als in den unteren zu finden, zeigt sie sich besonders gerne mit Bronchialdrüsenscrophulose zugleich. — Bei den Obductionen sieht man an der Aussenfläche der Lunge gelbe, durch die Pleura durchscheinende Platten von 1 bis 7 Ctm. Durchmesser, die sich mässig hart anfühlen. Dabei die Pleura normal oder in irgend einer Weise mit in den Process hineingezogen. Auf dem Durchschnitte erstrecken sich diese gelben Massen cylindrisch oder keilförmig gegen die Wurzel der Lunge zu, zeigen zackige Begrenzungslinien, selten ganz gesunde Umgebung, vielmehr ist das umgebende Gewebe Sitz reichlicher, später confluirender Knotenbildung. Das interstitielle Gewebe ist in jenen gelben Massen stellenweise noch erkennbar, die gröberen Bronchien erhalten, hie und da plötzlich in dem Infiltrate wie abgeschnitten endend. Es ist ersichtlich, dass die Bronchialdrüsen, im kindlichen Alter noch besser zum lebhaften Functioniren, aber auch zum Erkranken geeignet, noch nicht durch Induration, Pigmenteinlagerung u. dgl. verödet, erst in consecutiver, aber nothwendiger Weise analog wie der Lungenbezirk, dessen Lymphgefässe sie aufnehmen, erkranken. Es kann dabei die entartete Drüse so sehr gegen die Spitze der entarteten Lungenparthie sich andrängen, dass beide verschmelzen. — Diese scrophulöse Pneumonie lässt sich trotz des bedeutenden Umfanges, den sie erreicht, nur selten klinisch als solche demonstriren.

Man findet bei jenen Kranken, die von Anfang an beobachtet werden können, die Zeichen einer langsam zu Stande kommenden, von umschriebenem Katarrhe zuvor angezeigten Hepatisation, deren Lösung, von Tag zu Tag erwartet, sich mehr und mehr hinauszieht, deren Umfang sich zeitweise zu ändern scheint, aber eher zu- als abnimmt. Während des Bestehens dieses meist als Hepatisation angesehenen Infiltrates, das in andern Fällen bei einer zufällig vorgenommenen Brustuntersuchung constatirt wird und das ganze Krankheitsbild dann plötzlich auszufüllen scheint, gewinnt die Haut ein blasses, oft leicht bläuliches Colorit, die Muskeln werden dünn und welk, die Kräfte sinken, es stellt sich endlich die Phthise mit allen ihren Erscheinungen ein. Aehnliche Stellen mit gedämpftem Schalle, bronchialem Athmen, consonirendem Rasseln, verstärkten Stimmvibrationen können auch noch an anderen Gegenden der Brustwand

auftauchen, während verbreitete Katarrhe, Diarrhöen, leichtere peritonitische Erscheinungen, Reibegeräusche der Pleura oder selbst des Perikardes auf gleichzeitige Verbreitung des tuberculösen Processes hindeuten können.

Während man sich in diesen günstigeren Fällen durch die anamnetischen, rationellen und allgemeinen Zeichen bestimmen lassen muss, die gegebene Hepatisation als scrophulöse Masse anzusehen, ist es wieder in anderen so, dass die Masse nicht umfangreich oder nicht peripherisch genug sich verbreitend ist und es selbst im ganzen Verlaufe auch nicht wird, um klare Zeichen zu liefern. Man findet leichte Dämpfung, geräth in Versuchung, dieselbe schiefer Haltung zuzuschreiben, man hört bronchiales Athmen bei einzelnen Athemzügen und kann es dann nicht wieder finden u. dergl.; man wird dann erst durch die weiteren Fortschritte des Allgemeinleidens über die Natur desselben klar. — Das Schwierige liegt darin, dass es Hepatisationsreste gibt, die ohne zu verkäsen längere Zeit hindurch stationär bleiben, wobei natürlich der Kräftezustand der Patienten nicht gerade in Blüthe kommt, aber nur in seltenen Fällen phthisisch bedroht zu sein scheint. In einzelnen Fällen, wo gerade an den Lungenspitzen der Sitz solcher käsiger Massen ist, liefert die harte Schwellung der nächstgelegenen Halsdrüsen (besonders bei verwachsener Pleura vorkommend) ein gutes, aber nur positiv zu verwerthendes Zeichen. In anderen lassen sich Sputa mit mikroskopisch charakterisirenden Elementen gewinnen.

Die gewöhnliche Lungenphthise mit vorwiegender Betheiligung der Spitzen kommt mehr im späteren Kindesalter, beim Säuglinge nur sehr selten vor. Sie beruht auffallend oft auf hereditärer Diathese, hie und da auf vernachlässigten Katarrhen, Pneumonieen und Infectionskrankheiten. Sie ist vorwiegend Erkrankung der grossen Städte, der Erziehungs- und Heilanstalten, der Armen mit ungesunden Wohnungs- und Ernährungs-Verhältnissen.

In anatomischer Beziehung lässt sich hervorheben, dass ausser den Spitzen und den unteren Theilen der Oberlappen in vielen Fällen die Unterlappen stark mitbetheiligt sind, sei es auch nur in Form einzelner käsiger Heerde, zahlreicher peribronchitischer Knötchen und Miliartuberkeln. Letztere pflegen überhaupt reichlich vertreten zu sein, während Bronchiektasieen in geringerem Maasse an dem anatomischen Bilde, namentlich an der Entstehung jener zahlreichen kleineren Cavernen unterhalb der Lungenspitze betheiligt sind. Grosse Cavernen an den Spitzen kommen weniger oft zu

Staude, weil der kindliche Organismus leichter erschöpfbar ist und der Tod früher eintritt. Meist sind zugleich zahlreiche Lymphdrüsen käsig entartet, namentlich am Lungenhilus, und falls die Spitzen verwachsen sind, auch oberhalb des Schlüsselbeines.

Bei der Untersuchung findet man den phthischen Habitus meist stark ausgeprägt. Der biegsamere Brustkorb zeigt stärkere Einsenkungen an den Schlüsselbeingruben, bedeutende Verminderung des Sternovertebraldurchmessers. Harte Lymphdrüsenschwellungen füllen manchmal die Supraclaviculargrube wieder etwas aus: Anämie und Abmagerung erreichen frühzeitig hohen Grad, namentlich fällt auch im Vergleiche zu Rachitischen die Dünne und Zartheit der Gliedmaassen auf, nur die Nagelglieder sind kolbig verdickt.

An der Brust lassen sich bei richtiger Stellung und Haltung und bei sorgfältiger Percussion Dämpfung oder tympanitischer Schall einer Spitze, Herabrücken der oberen Grenze einer Lunge leicht nachweisen. Immer müssen entsprechende Auscultationszeichen vorhanden sein, wenn die Dämpfung Bedeutung haben soll, sei es auch nur saccadirtes, rauhes Athmen, Rasselgeräusch oder bronchialer Hauch. Doch finden sich narbige Schrumpfung, schieferige Induration u. dergl. im Kindesalter weit weniger vor als bei Erwachsenen, so dass der Nachweis einfacher Dämpfung an der Lungenspitze von entsprechend grösserer Beweiskraft ist für die Diagnose des ersten Stadium's der Lungenphthise, desjenigen der beginnenden Infiltration.

Mit beginnender Erweichung der käsigen Knoten findet man in dem umfangreicher gewordenen Bezirke der Dämpfung einzelne grossblasige, feuchte, knatternde Rasselgeräusche.

Fast ebensoleicht wie in der Annahme einer Dämpfung kommen Irrthümer in der Annahme der Cavernenbildung vor. Am kindlichen Thorax tritt überaus leicht tympanitischer Schall, Geräusch des gesprungenen Topfes und Wintrich'scher Schallwechsel auf. Beweisend für Cavernenbildung bleibt daher nur: Metallklang, solcher Höhenwechsel, dass der Schall beim Aufsitzen tiefer wird als er beim Liegen war und etwa noch das metamorphosirende Athmen von Seitz. Sowohl die leichtere Erschöpfbarkeit des kindlichen Organismus, als auch die Kleinheit der Organe bringen es mit sich, dass Cavernen von solchen Durchmessern, wie sie nöthig sind zur Entstehung zuverlässiger Cavernensymptome, nicht oft vorkommen.

Vom Auswurfe sind weniger Anhaltspunkte zu erwarten. Das blutig tingirte Sputum des ersten Stadium's kommt wohl nie zur

Beobachtung, das reichlich mit Blut gemengte oder rein blutige Sputum das aus Pulmonalaneurysmen in Cavernen stammt, kommt schon eher vor. Reichlichen Auswurf lernen auch Kinder theilweise aushusten, so dass der für die Diagnose so werthvolle Nachweis elastischer Fasern möglich wird.

Die Körperwärme zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. In sehr wenigen Fällen bleibt sie während des grössten Theiles des Verlaufes normal. Anderseits sind es wieder nur sehr wenige Formen mehr acuter Verlaufsweise, in denen ein dem pneumonischen ähnlicher Fieberverlauf beobachtet wird, in dem öfteres Herabgehen der Körperwärme auf nahezu oder ganz normale Grade vermisst wird. Im Kindesalter wie bei Erwachsenen zeigt sich jener Fiebertypus vorherrschend, den man als Intermittens quotidiana irregularis bezeichnen kann. Fieberbewegung dauert bei diesem Typus während des grössten Theiles der 24 Stunden des Tages an, in den Nachmittags- oder Abendstunden wird ein an verschiedenen Tagen sehr ungleiches Maximum erreicht das zwischen $38^1/_2$ und $40^1/_2$ zu liegen pflegt, in den Nachmitternachtstunden findet unter starkem Schweisse eine vollständige Entfieberung statt. Je höher und breiter die Gipfel einer solchen Tagescurve, desto schlimmer die Einwirkung des Fiebers auf die Ernährung. War der Kranke während einiger Stunden entfiebert, und steigt dann die Körperwärme rasch und hoch, so kann dies unter den Erscheinungen eines Frostes geschehen. Durch den Eintritt des Frostes bei Tage, des Entfieberungsschweisses bei Nacht wird dann auch das äussere Bild der Krankheit einer Intermittens sehr ähnlich. Diese Form kennzeichnet eine raschere ungünstige Verlaufsweise. Hohes Fieber in einem bereits erschöpften Körper spricht sich aus durch hohe Abendtemperaturen bei tief subnormalen Morgentemperaturen. Diess ist eine noch ungünstigere Verlaufsweise, die selten länger als einige Wochen dem tödtlichen Ende vorausgeht. Gerade diese finde ich im Kindesalter oft und stark ausgeprägt, selbst so, dass das Quecksilber in einem Tage über 6^0 der Scala durchläuft (34^0—40^0). Dagegen zeigt sich nur bei wenigen phthisischen Kindern und nur vereinzelt in ihren Curven jener Typus inversus, der mit seinen höheren Morgen- und niederern Abendtemperaturen gar manchesmal nur den Ausdruck darstellt unruhiger aufgeregter Nächte und schläfriger Ruhe bei Tage.

Das Fieber muss als die Hauptursache der Abmagerung betrachtet werden. Doch sind in dieser Beziehung drei Thatsachen bemerkenswerth.

a. Zunahme des Körpergewichtes kann bei einem Kinde erfolgen bei unverkennbarer continuirlicher Abmagerung. Das Wachsthum des Körpers erfährt nicht leicht durch Fieber allein eine Hemmung von einiger Dauer. Eher scheint dies manchmal durch Fieber mit profusem Säfteverluste zu geschehen. In vielen Fällen, in welchen das Fieber weder hoch noch continuirlich ist, vermag der febrile Schwund der vorhandenen Gewebe nicht das Gewicht der fortwährenden Gewebsanbildung zu erreichen.

b. Auch in fieberlosen Zeiträumen kann bei Phthise eine beträchtliche Abnahme des Körpergewichtes stattfinden, namentlich wenn die Funktion der Verdauungsorgane in mehrfacher Weise geschädigt wird z. B. durch Zusammentreffen von Fettleber, Darmphthise und tuberculöser Peritonitis.

c. Eine beträchtliche Zunahme des Körpergewichtes lässt sich bei Kindern mit chronischem Verlaufe der Phthise leichter als bei Erwachsenen durch geeignete Behandlung erreichen. Namentlich kann oft durch reichlichen Milchgenuss eine beträchtliche Entwickelung des Fettgewebes im Körper erzielt werden.

Von den Complicationen der Lungenphthise können als besonders dem Kindesalter zukommende bezeichnet werden diejenigen, welche an Organen mit lebhafter Funktion und energischem Wachsthum, so an den Verdauungsorganen sich entwickeln: Magen- und Darmgeschwüre, Fettleber, Amyloid, Tuberculosis peritonaei, dann am Lymphdrüsensysteme und am Gehirne: Hirntuberkeln, Basilarmeningitis, Sinusthrombose. Von einer Anzahl anderer Organe gilt das Umgekehrte, so von dem Genitalsystem, dem Larynx, sie stehen in Funktion und Entwickelung noch zurück und sind weniger zum Eintreten in den phthisisch tuberculösen Krankheitsprozess geneigt. Fettleber, Wachsleber und Darmgeschwüre verursachen sämmtlich Diarrhöen, doch wird man selten irren in der Annahme, dass bei Phthisikern ohne beträchtliche Leberanschwellung hartnäckige Diarrhöe durch Darmgeschwüre bedingt sei.

Der Verlauf der Lungenphthise ist in den meisten Fällen besserungsfähiger, in den ungünstigen kürzer als bei Erwachsenen. Der frühzeitigere Tod erklärt sich theils aus dem leichteren Erschöpftwerden des kindlichen Organismus, theils aus dem häufigen Hinzutritte allgemeiner oder basilarer acuter Tuberculose zur Phthise.

Behandlung. Die Erkrankung an Lungenschwindsucht lässt sich wohl manchesmal verhüten, wo sie in Folge unzweifelhafter Familienanlage zu befürchten wäre. Reichliche einfache kräftige

Nahrung, viel Aufenthalt im Freien, Abhärtung durch kalte Waschungen, Kräftigung der Muskeln durch körperliche Uebungen, das sind wohl die hauptsächlichen Mittel, die der ererbten phthisischen Diathese entgegengesetzt werden können. Vorbeugen lässt sich ferner durch sorgfältige und energische Behandlung solcher Krankheiten, die leicht zur Infection von eingedickten Eiterheerden aus führen. Hier muss besonders gedacht werden des Ohrenflusses, besonders jener Form, bei der sich ein Strang harter Lymphdrüsen von dem Gehörgange nach der Lungenspitze hin erstreckt. Wie manches Menschenleben könnte, ehe es soweit gekommen ist, durch die sorgfältige Behandlung eines einfachen Katarrhes des äusseren Gehörganges gerettet werden. Dann ist hier der Pleuraexsudate zu gedenken, deren frühzeitige Beachtung, rechtzeitige Punktion gleichfalls dem Unglück der nachfolgenden Phthise hie und da vorbeugen könnte. Sehr beherzigenswerth und wenigstens zum Theil hier einschlagend ist das, was Hüter im 49sten klinischen Vortrage in Volkmann's Sammlung über antituberculöse Operationen, namentlich die Exstirpation scrophulöser Lymphdrüsengeschwülste sagt.

Von der curativen Behandlung der Schwindsucht ist gegenwärtig die diätetische im weitesten Sinne als eminent wichtigster Theil aufzufassen. Nichts ist solchen Kindern nachtheiliger, als der Aufenthalt in dicht belegten Spitälern. Wenn irgend möglich, soll man sie in phthisefreie, hochgelegene Kurorte schicken. Für den Sommer Aufenthalt in Thüringen oder dem Harz, Kuren in Reichenhall, Salzungen, Soden, für den Winter Davos, Meran sind besonders zu empfehlen. Immer sind dabei die Hauptprincipien möglichst viel Aufenthalt im Freien, reichliche Ernährung, namentlich mit Milch, Abhärtung durch kalte Waschungen. Auch die Kräftigung der Athmungsmuskeln durch Aufenthalt im Höhenklima, Ausathmen in verdünnte Luft, Bergsteigen, Faradisation der Athmungsmuskeln (Körner), Gymnastik ist von Werth und muss in der einen oder anderen Weise bethätigt werden. Unter den Heilnahrungsmitteln steht oben an der Leberthran. Gegen Ende des Kindesalters kann auch schon Kumys, meist künstlicher, in Anwendung kommen, der namentlich von stark fiebernden Kranken gerne getrunken, und von Diarrhöekranken besser als Milch ertragen wird. Hierher gehören noch Malzextract, isländisches Moos, Traubenkuren. Da das Fieber es vorwiegend ist, wodurch der Schwund der Gewebe des Körpers verursacht wird, richtet sich auch die Hauptindikation der Phthisiotherapie gegen dieses Symptom. Hier muss man offen

gestehen: wir besitzen kein Arzneimittel, durch das sich auf die Dauer das Fieber der Phthisiker unterdrücken liesse. Auch grosse Dosen Chinin und salicylsauren Natrons wirken nur vorübergehend und können nicht auf die Dauer gegeben werden. Das beste antifebrile Mittel in dieser Krankheit ist kaltes Wasser.

Der medicamentösen Behandlung fällt hauptsächlich eine Reihe von einzelnen symptomatischen Indikationen anheim. Auch in der Erfüllung dieser liegen wesentliche Fortschritte vor. So werden die Schweisse der Phthisiker mit kleinen Dosen Atropin, die Diarrhöeen mit Bela indica oder Cotoin behandelt. Vielleicht lässt sich die Fräntzel'sche Kreosotbehandlung, die namentlich die Menge des Auswurfes mindert, auch für die Verhältnisse kindlicher Phthisiker anpassen. Auch die von P. v. Rokitansky mit soviel Geräusch gerühmten Einathmungen von benzöesaurem Natron konnten versucht werden.

XI. Hämorrhagischer Infarct.

A. Steffen: Klinik der Kinderkrankheiten I. 388.

Löschner: Pylephlebitis, Icterus etc. Jahrb. f. Kinderheilk. II. p. 140 und IV. 66.

Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850. II. p. 70.

C. Rauchfuss: Ueber Thrombose des Duct. art. Botalli. Virch. Arch. Bd. XVII p. 376.

F. Weber: Beiträge zur path. Anatomie der Neugeborenen II. p. 50 u. f.

C. Rauchfuss: Ueber die Lungenerweichung der Säuglinge. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXXII. p. 161.

F. Penzoldt: Ueber den hämorrhagischen Infarct der Lunge bei Herzkranken. Diss. Jena 1872.

Wenn feste Körper in den Blutstrom der Körpervenen oder des rechten Herzens gemischt werden, so nehmen sie mit Nothwendigkeit ihren Weg in die Lungenarterie und keilen sich dort in den Stamm oder in einen Ast ein, dessen Lumen sie vollständig oder nahezu ausfüllen. Die Emboli sind selten Theile zuvor schon fester Gewebe, meistens aus der Blutflüssigkeit ausgeschiedene Gerinnsel. Zu ersteren gehören: Kalkplatten grosser Arterien oder der Herzklappen, losgelöste Stücke aus Entzündungsheerden oder Neubildungen des Herzens (Myokarditis, Sarkom, Echinococcus). Thromben liefern die Emboli in zahlreichen traumatischen Fällen, daran reihen sich auch die Thromben, die von Caries, Vaccina, Otorrhöe, Furunculosis, Phlebitis umbilicalis und anderen suppurativen Krankheiten

aus entstehen. Sie machen den Uebergang zu den entzündlichen Thrombosen, die in den Auflagerungen auf entzündeten Herzklappen ihre Hauptrepräsentanten haben. Marantische Thrombosen kommen an den gewöhnlichen Orten: Schenkel-, Waden-, Uterus-, Prostatavenen nicht oft vor, eher schon in den Hals- und Armvenen, hauptsächlich in den Hirnsinus und der Nierenvene, bei Neugeborenen am Ductus Botalli, dann im rechten Herzrohre und gegen die Spitze des rechten Ventrikels zu.

Durch die Loslösung eines Thrombus können zuvor durch seine Anwesenheit erregte Beschwerden vermindert werden (Hegar). Durch seine Einkeilung in den Stamm oder einen Hauptast der Pulmonalarterie, wird plötzlicher Tod bewirkt, oder es geht eine kurze Agone mit Convulsionen, Abgang von Koth und Urin, erloschener Sensibilität (ausser an der Cornea) und jagender Respiration voraus. Anämie im wörtlichsten Sinne, Blutlosigkeit des linken Herzens und der Arterien verursacht diese Todesart, die von Panum experimentell studirt wurde. Zahlreiche Verstopfungen capillarer Aeste durch feste Körnchen oder durch Fett- oder Luftbläschen haben den gleichen Erfolg. Wird nur ein Ast oder werden nur wenige Aeste der Pulmonalarterie befallen, so gehören sie meistens dem rechten unteren Lappen an; ist rechts schon ein grösserer Ast verstopft oder die rechte Lunge geschrumpft, so weist der stärkere Zug des Blutstromes den Embolus nach Links hinüber. Füllt der Propf vermöge besonderer Form die Stelle des Gefässrohres, wo er sich einkeilt, nicht ganz aus, so lagern wie auch an seiner centralen Seite frische Gerinnsel sich ergänzend an ihn an. Das von dem obturirten Aste versorgte Lungengewebe, ein Keil oder Kegel mit der Basis der Pleura anliegend, mit der Spitze nach Innen gerichtet, wird selten nur ödematös oder pneumonisch; ganz gewöhnlich ist sein Schicksal das, in seinen Hohlräumen von Blut durchtränkt und in seinem Zusammenhange gelockert zu werden. So entsteht der hämorrhagische Infarct, der an der Pleura, wo er sie erreicht, einen dunkel blaurothen, flachkugeligen Vorsprung bildet, auf dem Durchschnitt mit schwarzrother Färbung vorspringt und ein leichtgekörntes Aussehen darbietet. Die Verstopfung des zuführenden Arterienastes durch einen braunrothen bis grauen, je nach seinem Alter der Wand anhaftenden, geschichteten, in der Mitte erweichten Embolus lässt sich meistens schon auf dem Schnitte nachweisen, andere Male erst dann, wenn man die Verzweigung der Lungenarterie in der zuführenden Richtung aufschneidet. Wenige

Male sah ich hämorrhagischen Infarct, für den weder ein Embolus nachgewiesen, noch auch Embolie als Ursache wahrscheinlich gemacht werden konnte. Die überdeckende Pleura ist häufig mit einem leichten Faserstoffnetz belegt. Ihre Entzündung kann später selbständig werden, die Grenzen des Infarctes überschreiten und zur flüssigen Ausscheidung in den Pleurasack führen. Von den beiden durch Rokitansky beschriebenen Heilungsvorgängen habe ich nur den einen durch Entfärbung, fettige Entartung und Schrumpfung zu einem eingezogenen kleinen, harten, gelbweissen Knoten mehrfach beobachtet, den anderen durch Verflüssigung und Resorption des Extravasates und Wiederwegsamwerden des Lungengewebes nie gesehen. Bisweilen zerfällt der erkrankte Lungentheil zu einer blutigen, Hämatin-Krystalle und Gewebsreste führenden, geruchlosen Flüssigkeit. Ist dagegen der Embolus, seiner Abstammung von eitrigen oder brandigen Processen nach, ausgestattet mit Erregern eitrigen oder brandigen Zerfalles, so theilt er diesen Zerfall dem Lungengewebe und seinem Infiltrate mit, der hämorrhagische Infarct verwandelt sich in einen Abscess oder eine Brandhöhle. Dies findet namentlich Statt, wo die Erkrankung von septischer Infection, Puerperalfieber, Phlebitis umbilicalis, Furunkeln, Wangenbrand, Hautabscessen ausgeht, nach Cohnheim jedoch nur dann, wenn die verschlossene Arterie nicht Endarterie ist. Die Pleura darüber kann mit brandig werden und ihr Durchbruch Lufterguss in den Pleurasack verursachen.

Kleine Infarcte sind überhaupt nicht erkennbar, grosse können, wenn sie während einer fieberhaften Erkrankung, z. B. Endokarditis auftreten, der Pneumonie ungemein ähnlich werden. Der Act der Embolie selbst verursacht, wenn ein nicht zu kleiner Ast der Lungenarterie oder mehrere Aeste getroffen werden, einen Stickanfall. Gewöhnlich wiederholt sich dieser in kurzer Zeit mehrmals. Auch eine kurzdauernde, meist nicht hoch führende Temperatursteigerung folgt auf den embolischen Act (Bergmann, Penzoldt). Während desselben werden die Körpervenen stark gefüllt, das Gesicht bleifarben, der Arterienpuls klein. Die Athmung bleibt erschwert und beschleunigt, jedoch nicht so sehr, als unmittelbar nach der Embolie. Durch Collateralen regulirt sich der kleine Kreislauf. Oft tritt quälendes Seitenstechen auf und dauert während der nächsten Tage an. Percussion und Auscultation zeigen im Anfang die Verhältnisse der Brust normal, erst nach einigen Tagen treten an der Stelle des Infarctes grobblasige Rasselgeräusche

auf. Der Auswurf ist, wo er überhaupt zu Tage kommt, innig gemengt, stark blutig. In den nächsten Tagen werden die Rasselgeräusche klingend, und es erscheint Dämpfung des Schalles an der Stelle des Infarctes, meist rechts hinten unten. Bisweilen schliesst sich ein flüssiger Erguss in den Pleurasack an denselben an; die Anfangs verstärkten Stimmvibrationen werden dann, indess die Dämpfung steigt, zunimmt und ein horizontales Niveau erlangt, abgeschwächt. Auf diesen Beobachtungen beruht die Diagnose des hämorrhagischen Infarctes und somit der Embolie der Lungenarterie, die, wie ich immer mehr sehe, in den meisten Fällen ganz wohl möglich ist. Folgt Vereiterung oder Brand des Infarctes, so stellen sich eitrige oder jauchige Sputa ein; die Temperatur steigt, nachdem sie anfänglich kurze Zeit gesunken war, zu einer bedeutenden Höhe an und zeigt dann einen schwankenden Verlauf, innerhalb dessen namentlich die Eröffnung eines Heerdes in einen Bronchus eine bedeutende Remission zu bewirken pflegt.

Die Prognose ist abhängig von dem Umfang, der Zahl und der Beschaffenheit der Emboli und dem sonstigen Gesundheitsstande des Kranken. Die ungünstigsten Aussichten gewähren Embolieen, mit denen gleichzeitig septische Blutvergiftung verläuft, nächstdem solche, die von Thrombose oder Endokarditis im Herzen abzuleiten sind. Traumatische, entzündliche und marantische geben etwas bessere Aussichten, sehr grosse sowohl als auch sehr zahlreiche Embolieen bedingen momentane Lebensgefahr. Pfröpfe, die von verjauchendem Gerinnsel abstammen, bedingen für später grössere Gefahren, weil Abscess und Gangrän viel seltener zur Heilung gelangen, als einfache hämorrhagische Infarcte. Im ersten Augenblicke, während des dyspnoischen Anfalles, den die Embolie bewirkt, sind Reizmittel innerlich, Hautreize und, wenn die Cyanose bedeutend wird oder der Seitenschmerz heftig ist, örtliche Blutentziehungen anzuwenden.

Treten die Erscheinungen des Infarctes hervor, so wird man bei älteren Kindern, der daran sich knüpfenden Lungenblutung halber, Einathmungen von Eisenchlorid machen lassen; auch zum inneren Gebrauche sind Eisen und Chinin, zwischendurch salinische, abführende oder diuretische Mittel zu empfehlen. Letztere, sowie Digitalis sind bei nachfolgender Pleuritis noch mehr am Platz. Wo Lungenabscess oder Gangrän erkannt werden können, ist tonisirende innere Behandlung und Einathmung von Terpentinöl indicirt.

XII. Echinococcus.

Blasenwurm.

Davaine: Traité des entozoaires. Par. 1860. p. 412—449.
H. Roger: Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 44. p. 287.
Töplitz: Ecchinococcus pulm. bei einem 5j. Kinde. Berl. kl. Wochenschr. 1877. 24.

Die Echinokockenerkrankung der Lunge kommt auf dreierlei Weise zu Stande: durch directe Einwanderung der Embryonen, durch embolische Verschleuderung von Tochterblasen in die Lunge meist von dem Gebiete der Lebervenen aus, und durch Hereinwachsen von der convexen Leberfläche aus nach Durchbrechung des Zwerchfelles. Letztere Art ist die häufigst beobachtete.

Die Symptome sind längere Zeit die eines unbestimmten chronischen Lungenleidens mit zeitweisen fieberhaften Episoden (intercurrente Pleuritis etc.), mit öfterem Blutspeien, ähnlich dem bei hämorrhagischem Infarct, und geringer Abmagerung. Manchmal weisen frühzeitig die Erscheinungen des Leber-Echinococcus auf die richtige Deutung hin, selten erscheint eine kleinwellig fluctuirende Geschwulst, die die Thoraxwand vorwölbt; gewöhnlich erfolgt Durchbruch in einen Bronchus: unter reichlichem dünnem, blutvermengtem Auswurf finden sich glasartig durchscheinende, zusammengefaltete, auf dem Durchschnitte bandartig gestreifte Häute des Thieres. Damit ist die Diagnose gesichert und häufig zugleich die spontane Heilung angebahnt. Vorragende fluctuirende Geschwulst der Brustwand indicirt die Punction oder den Einschnitt in der Art, dass die Entleerung der Mutterblase bewirkt werden kann. In hartnäckigen Fällen, bei denen lange Zeit hindurch Membranen ausgehustet werden, dürften Einathmungen eines parasiticiden Mittels zu versuchen sein, z. B. des Benzins.

F. Pleuritis.

Baron: De la pleurésie dans l'enfance. Par. 1841.
Wintrich: Virchow's Handbuch Bd. V.
H. Ziemssen: Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. Berl. 1862.
E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. 1868. p. 195.
W. Roser: Zur Operation des Empyems. Arch. d. Heilk. VI. p. 33.
A. Kussmaul: Sechzehn Beobachtungen von Thoracentese bei Pleuritis, Empyem und Pneumothorax. Deutsches Arch. f. klin. Med. IV. 1.

Bartels: Ueber die operative Behandlung der entzündlichen Exsudate im Pleurasack. Ibid. IV. 263.

H. Roger: De la pleurésie chez les enfants et de la thoracentèse. L'union medic 1872.

E. Leyden: Manometr. Messungen ect. Charité Annalen. 1876. S. 264.

Wie die Entzündungen der meisten serösen Häute, so treten auch die der Pleura selten primär auf. Verletzungen, Misshandlungen, Contusionen erzeugen primäre, traumatische Pleuritis. Der Einfluss von Erkältungen wird sehr häufig angeschuldigt, muss jedoch auf wenige überzeugende Fälle eingeschränkt werden, in welchen Liegen auf kalter Erde, starke Durchnässungen u. dergl. unmittelbar dem Beginn der Erkrankung vorausgehen. Abgesehen von diesen beiden Kategorieen wird man nur mit grosser Vorsicht primäre Pleuritiden annehmen dürfen; sehr oft sind die wahren Ursachen der Krankheit sehr verborgen und kommen erst nach langem Verlaufe, manchmal erst auf dem Sectionstische zur Erscheinung. So erinnere ich mich eines 12jährigen Knaben, bei dem nach mehrjähriger Dauer eines grossen, ohne irgend bekannte Ursache entstandenen Pleuraexsudates die Section einen Echinokockensack an der convexen Fläche der Leber nachwies, der in den rechten Pleurasack durchgebrochen war.

Bei secundärer Entstehung nimmt die Krankheit am Häufigsten ihren Ursprung von Krankheiten des Lungengewebes her. Es gibt keine einzige Lungenerkrankung, die nicht Pleuritis erzeugen könnte, soferne sie bis zu den subpleuralen Schichten des Parenchyms sich ausdehnt; selbst das Emphysem gibt zu trockener, adhäsiver oder chronischer, deformirender Pleuritis nicht selten Veranlassung. Praktisch wichtig sind besonders 1) die Entzündungen der Pleura, die während des Verlaufs der Pneumonie beginnen und glücklicherweise nur in kleiner Minderzahl der Fälle nach ihrer Lösung selbständig sich weiter entwickeln und meist zu eitrigem Ergusse führen. 2) Diejenigen, die im Anschluss an einen hämorrhagischen Infarct entstehen. So erklären sich nach Furunculose, Abscessen und am Schlusse schwerer acuter Krankheiten, bei Herzkranken, bei Pyämie auftretende Ergüsse, im Gegensatz zu den vorigen meist von sehr schleichendem Verlauf, häufig ganz ohne Temperaturerhöhung, für die Abheilung des hämorrhagischen Infarctes von günstiger Bedeutung. 3) Tuberculose, Bronchiektasie, chronische Pneumonie sind ergiebige Quellen serös-faserstoffiger und eitriger Ergüsse. 4) Es ist weniger beachtet, dass auch an katarrhalische Entzündungen der Lunge Rippenfellentzündung sich anschliesst; es sind dies solche

Katarrhe, die einen Theil einer Lunge mit besonderer Heftigkeit befallen und bei welchen die Heftigkeit der Fiebererscheinungen und die Geringfügigkeit der physikalischen Brusterscheinungen, namentlich der Mangel an Veränderung des Percussionsschalles die Vermuthung lobulärer pneumonischer Processe nahe legen.

Auch alle andern, von der Pleura bedeckten oder ihr nahe liegenden Organe können die Ursachen der Entzündung liefern. Namentlich kommen in Betracht: Rippenbrüche und Rippencaries, Durchbohrung der Speiseröhre, Entzündung der Bronchialdrüsen, dann wie in dem vorher erwähnten Falle Perforationen von den Unterleibsorganen her. Auch ohne jede sichtbare Verletzung (durch beiderseits offenstehende Lymphgefässe) pflanzen sich Entzündungen des Peritonäums auf die Pleura fort und umgekehrt. Perikarditis tritt häufiger zur Pleuritis hinzu, als diese zu ihr. Eine Reihe von Erkrankungen des Blutes können Pleuritis erregen, so Septicämie, Retention von Harnbestandtheilen, acute Exantheme. Bei genauer Forschung werden übrigens auch viele dieser Fälle als secundäre von vorausgegangener Entzündung des Lungengewebes aus erkannt werden dürfen. — Pleuritis kann schon vor der Geburt angelegt sein. Man findet bei F. Weber eine rein entzündliche und eine dyskrasische, von septischer Erkrankung der Mutter erregte Form ausführlich besprochen. Auf ähnlichem Wege entsteht auch noch in der nächsten Zeit nach der Geburt eine Anzahl von Fällen. Sonst ist Pleuritis, ausser sie wäre traumatisch oder durch Pneumonie erregt, im Säuglingsalter selten. Schon vom 3. oder 4. Jahre an wird sie in dem Maasse häufig, in dem es die hier gewöhnlich zu Grunde liegenden Brustkrankheiten werden.

Der Beginn kann ein hochfieberhafter, während einer Anzahl von Tagen mit pneumonischen Temperaturen verlaufender sein. Ziemssen hat für diese Verlaufsweise eine Reihe von Beispielen beigebracht. Häufiger ist der Beginn ein subacuter oder chronischer. Im ersteren Falle tritt öfteres, leichtes Frösteln mit mässiger Temperatursteigerung, namentlich in den Nachmittags- oder Abendstunden ein, während dazwischen mehrere ganz oder fast fieberfreie Tage liegen. Im andern Fall ist die Fieberbewegung noch geringer und seltener. Der Schmerz wird auch von kleinen Kindern oft schon recht verständig angegeben. Als Sitz wird bald mehr die eine Hälfte der Brust, bald mehr der obere Theil des Bauches bezeichnet. Beginn mit intermittensartigen Frösten oder eklamptischen Anfällen beschreibt Henoch für einige Fälle. Von Einflüssen, die

den Schmerz steigern, hört man gewöhnlich nur das Anfassen der Seite erwähnen, aber die kurze, abgebrochene Art zu athmen weist mit Bestimmtheit auf respiratorische Steigerung des Schmerzes hin. Auch bei Kindern findet sich bisweilen der Schmerz auf der der Entzündung entgegengesetzten Seite; es ist dies besonders oft der Fall, wenn das die Stelle der Entzündung bezeichnende Reibungsgeräusch an einem der Ränder des Brustbeines seinen Sitz hat. Es scheint, dass hier Intercostalnervenendigungen der einen Seite nach der andern übergreifen und dadurch die Ortsbestimmung der Reizung ungenau machen. Grosse Pleuraexsudate erweitern die Brusthälfte, vermindern die Athmungsbewegung der Brustwand und speciell der anliegenden Intercostalräume, verdrängen Herz, Mediastinum, Trachea und Leber in leicht nachweisbarer Weise, geben dumpfen, leeren Schall mit brettartiger Resistenz, oben annähernd horizontal begrenzt, und machen bei Kindern sehr selten Reibegeräusch, ganz gewöhnlich lautes Bronchialathmen wahrnehmbar. Die beim Schreien sehr leicht zu prüfenden Stimmvibrationen sind andauernd aufgehoben oder sehr vermindert. Grosse Exsudate sind leicht zu erkennen, schwer zu beseitigen, umgekehrt, kleine, erst beginnende Exsudate sind schwierig nachzuweisen, aber günstig für die Behandlung. Bei freien Pleurablättern sammelt sich der flüssige Erguss so an, dass er zwischen Wirbelsäule und Scapularlinie zuerst nachweisbar wird; es ist dies eine Gegend, in der Geschwülste der Leber, der Milz oder der Niere sehr leicht ähnliche Dämpfungsformen hervorrufen können. Indem die seicht nach Vorne abfallende Dämpfungsgrenze steigt, erstreckt sie sich weiter nach vorne, stets in der Schulterlinie wellenförmig uneben. Kurz ehe sie den untern Schulterblattwinkel erreicht, gelangt sie vorne bis zum Brustbeine.

Die Stimmvibrationen lassen sich auch im Bereiche einer sehr kleinen pleuritischen Dämpfung sehr genau als vermindert nachweisen; das Vesiculärathmen wird bald abgeschwächt, hie und da stellt sich auch ein schlürfendes oder leise anstreifendes Reibegeräusch ein. Letzteres findet sich am Orte der Entzündung, oft weit von der Grenze des Exsudates entfernt, vor. Frühzeitig und verhältnissmässig sehr häufig kommt Bronchialathmen vor.

Während des Verlaufes grosser Exsudate können eine Reihe von Zwischenfällen eintreten: Entstehung von Lungenphthise oder rasche Zunahme derselben, wenn sie zwar schon bestand; häufiger freilich treten diese Vorgänge nach Ablauf der eigentlichen Krank-

heit ein. Der Erguss kann die Pleura pulmonalis an zahlreichen kleinen Stellen durchbohren und nach und nach ausgehustet werden, oder durch grössere Oeffnung in die Luftwege eindringen und gussweise ausgehustet werden. In diesem Falle dringt zugleich Luft in den Pleurasack ein; der entstandene freie oder abgesackte Pneumothorax kann nach Verschluss der Perforationsöffnung zur Heilung kommen (Beispiele bei Steffen, Henoch u. A.) oder tödtlich enden. Die Durchbohrung der Rippenwand, von der Pleura costalis aus erfolgt, kann successiv an mehreren Stellen stattfinden, beide Pleurablätter können nach einander durchbohrt werden. Anfangs entsteht ein Abscess unter der Haut, der durch Druck verkleinert werden kann und beim Husten anschwillt; wenn er zugleich Luft enthält, ein gurgelndes Geräusch bei der Betastung hören und fühlen lässt; später wird die Haut durchbrochen und es entleert sich eine Masse von Eiter, die weit grösser ist, als der Umfang des Abscesses erwarten liess. Wenn nicht in der nächsten Zeit nach Eröffnung der Fistel durch mehrfache Durchbrechung und Unterwühlung der Pleura pyämische Zustände hervorgerufen werden, geht das Leiden in einen chronischen Zustand über, für den auch schon im Kindesalter eine Dauer von mehr als 7 Jahren beobachtet ist (Henoch).

Chronische Pleuritis findet sich besonders in drei Hauptformen vor: mit Erweiterung, mit Verengerung der Brustwand und mit Fistelbildung. Während des Bestehens dieser Formen, namentlich der letzteren, kommt es leicht zu Amyloid-Entartung der grossen Drüsen des Unterleibes und des Darmes. Eiweissharnen, Wassersucht, Wachsfarbe der Haut, Anschwellung von Leber und Milz, Diarrhöe sind die Zeichen dieser Folgekrankheit. Gerade bei Kindern sieht man bisweilen diese Symptome der Amyloidentartung, auch wenn sie alle unzweifelhaft stark entwickelt waren, mit dem Schwinden der Grundkrankheit und der Besserung der Ernährung wieder vorübergehen. Grosse lange bestandene Pleuraexsudate hinterlassen auf lange Zeit Kurzathmigkeit und Seitenschmerz. Der kindliche Thorax ist durch seine Nachgiebigkeit geeignet, die bedeutendsten Formveränderungen, die aus dieser Krankheit hervorgehen können, zur Anschauung zu bringen. Das Diaphragma wird nach oben gezogen und steht bis 5 Ctm. höher, als auf der gesunden Seite, Mediastinum und Herz rücken herüber, die Wirbelsäule beugt sich convex nach der gesunden Seite, die Schulter sinkt herab, der Umfang der Seite nimmt um einige Centimeter ab, die Intercostalräume werden tiefer — dennoch zeigt sich bei den Sectionen die

Lunge auf ein winzigeres Maass (faustgross, Henoch) geschrumpft, als man nach alledem erwartete. Zudem nehmen noch Verdickungen der Pleura (bis 2″ dick, Krause) und Cysten voll wässeriger, eitriger oder mörtelähnlicher Flüssigkeit einen Theil des Innenraumes der Brusthälfte ein. In solchen Fällen ist es sehr schwer zu sagen, wann die Aufsaugung des Ergusses beendet sei. Die verdickte starre Brustwand gibt schwächere Stimmvibrationen, auch wenn kein Tropfen Flüssigkeit mehr da ist; jene Cysten sind überhaupt kaum resorptionsfähig, die geschrumpfte, verödete Lunge gibt kein vesiculäres, und wenn ihre dilatirten Bronchien voll Secret sind, auch kein bronchiales Athmen. Die Schrumpfung der Seite und der Lunge kann mit der Zeit sich vermindern oder unverändert bis ins Alter bestehen bleiben. Meistens tritt eine geringe Zunahme der Expansionsfähigkeit ein, der Umfang nimmt wieder etwas zu, aber die Bronchien bleiben in erweitertem Zustande Sitz eines reichlich absondernden Katarrhes. Nach mittelgrossen und nicht sehr lange bestehenden Exsudaten sind Verwachsungen der Pleurablätter durchaus nicht so häufig, als man vermuthet. Die wiederholte Entstehung eines freien Exsudates derselben Seite und manche anatomische Befunde beweisen dies.

Freie Ergüsse sind desshalb nicht frei beweglich. Die Angaben von Lebert, dass sie Successionsgeräusch erzeugten, und von Rilliet und Barthez, dass sie mit der Lageveränderung sich bewegten, beruhen auf Irrthümern. Nur durch längeres Einhalten ein und derselben Körperstellung oder Lage wird die obere Grenze des Ergusses für die betreffende Lage horizontal gemacht. Absackung innerhalb der gewöhnlichen Lage der Flüssigkeit wird leicht erkannt an dem Mangel respiratorischer, durch Percussion nachweisbarer Bewegung der oberen Grenze des Ergusses. Schwieriger zu erkennen sind an ungewöhnlichen Stellen, namentlich am Umfange der oberen Lappen abgesackte Ergüsse. Verstrichensein und Unbeweglichkeit der Zwischenrippenräume, abgeschwächtes Vesiculärathmen, aufgehobene Stimmvibrationen bilden die entscheidenden Zeichen. Für kaum erkennbar halte ich die seltenen Pleuraexsudate, welche zwischen unterer Fläche der Lunge und Pleura diaphragmatica sich ansammeln und einen kegelförmigen, allenthalben nach Aussen von Lunge begrenzten Raum einnehmen.

Trockene Pleuritis, mit nur fibrinähnlichem Beschlage und zottigen Gewebswucherungen der Pleura ohne flüssigen Erguss kommt im Kindesalter soviel wie gar nicht vor. Der Erguss ist

in den Fällen mit langsamem Ansteigen der Dämpfung, geringem Fieber und deutlichem Reibegeräusche, die die grosse Mehrzahl bilden, ein serös-faserstoffiger. Häufig macht dieser nach längerem Bestande den Uebergang in die eitrige oder jauchige Form. Von diesen kommt erstere auf entsprechende Veranlassungen hin auch primär vor. Dies sind die von Anfang hoch fieberhaften, pneumonieähnlichen Fälle, ohne Reibegeräusch, mit rasch ansteigender Dämpfung, mit schwerem allgemeinem Ergriffensein. Ueberwiegend blutige Ergüsse kommen bei den hämorrhagischen Formen acuter Exantheme, Scorbut, Tuberculose vor, sie sind durch ihre Ursachen und durch das Erblassen der Hautdecken während ihrer Entstehung gekennzeichnet. Welcher Art die ergossene Flüssigkeit sei, lässt sich durch eine Probepunction mittelst der Pravaz'schen Spritze sehr leicht feststellen. Uebrigens weisen auch stark abgeschwächte Stimmvibrationen auf zellenreiches, wenig abgeschwächte Vibrationen auf klares, seröses Exsudat hin. Beide Seiten werden ziemlich gleich häufig befallen, im Kindesalter etwas häufiger als später beide zugleich.

Die Erkennung der Krankheit ist leicht, wenn man die physikalische Untersuchung der Brust vorzunehmen versteht und nicht versäumt. Wenn dessen ungeachtet Pleuritis zu den am Allerhäufigsten — wenigstens in ihren Anfängen verkannten Krankheiten gehört, so ist weniger Unkenntniss als Nachlässigkeit daran Schuld.

Der Verlauf der exsudativen Pleuritis ist bei Neugeborenen und Säuglingen aus verschiedenen, theils allgemeinen, theils mit der Sache selbst zusammenhängenden Gründen durchaus kein günstiger. Die geringere Leichtigkeit der Ausgleichung acuter Störungen, die frühzeitige Einmischung von Hirnerscheinungen (Krämpfen, Schlummersucht u. dgl.), die rasche und tiefe Störung der Ernährung bedingen grosse Gefahr; ausserdem ist eine geringere Menge Exsudates schon hinreichend, bei der Enge des Brustraumes die Respiration zu beeinträchtigen; die meistens secundäre oder metastatische Natur der Exsudate verschlimmert an sich die Prognose. Somit sehen wir denn die meisten Kinder, die während der ersten Lebensjahre an (meist eitriger) Pleuritis erkranken, derselben erliegen. Im späteren Kindesalter, schon jenseits des 5. Lebensjahres ist der Uebergang in Heilung weitaus am Häufigsten und selbst da, wo tiefergreifende Lungenerkrankung zu Grunde liegt, tritt wenigstens mit dem Schwinden der intercurrirenden Pleuritis eine auffallende Erholung ein, wenn auch die Fortschritte anderweitiger,

namentlich Lungenerkrankungen, diese Besserung zu einer kurzdauernden machen. Die Resorption serös gemischter, selbst ziemlich grosser Ergüsse erfolgt bei etwas älteren Kindern verhältnissmässig leicht. Namentlich die scarlatinöse und acut rheumatische Pleuritis geben eine sehr günstige Prognose.

Unter den Ausgängen sind neben dem Tode durch Suffocation, durch hinzutretendes Lungenödem, durch Hirnanämie, durch septische Infection oder febrile Consumption vorzüglich das Tuberculisiren, das Verjauchen und Perforiren der Exsudate zu erwähnen. Erfolgt letzteres mittelst eines sich senkenden Abscesses nach Aussen (Empyema necessitatis), so kann dadurch eine günstige Wendung zu Stande kommen, indem der fortwährende Abfluss des Exsudates die Lunge allmählich von Druck entlastet, indem weiterhin der fistelartige Verlauf des Kanales das inspiratorische Eintreten der Luft verhindert. Weit schlimmer ist die Perforation nach den Luftwegen hin, oder die spontane Gasentwicklung aus dem Exsudate (beide Pyopneumothorax bewirkend), die sich durch die auch anderweitig bekannten Zeichen zu erkennen geben, da bei beiden die jauchige Zersetzung des Exsudates beschleunigt oder vervollständigt wird und meistens baldige septische Infection und febrile Consumtion folgt, sowie die zunehmende Verdrängung der Lunge steigende Dyspnöe nach sich zieht. Wenn neuerdings angegeben wird, eitrige Ergüsse, die gerade im Kindesalter vorwiegen, seien überhaupt keiner Resorption fähig, sondern könnten nur durch Durchbruch nach aussen oder in die Luftwege heilen (Roger), so möchte ich dagegen behaupten, dass die meisten kleineren eitrigen Ergüsse durch Resorption heilen, von jenen aber, die zur Perforation gelangt sind, die meisten den der Heilung entgegengesetzten Ausgang nehmen. Aber die langsame Resorption grösserer eitriger Ergüsse ist allerdings mit beständiger Gefahr der Perforation oder Pyämie verbunden. Sie hinterlässt derbe Adhäsionen, stark eingezogene Brusthälfte, dauernde Kurzathmigkeit, Gefahr nachfolgender tuberculöser Erkrankung. Kann man also durch frühzeitige eingreifende Behandlung die eitrige Umwandlung des Exsudates vermeiden oder später durch künstliche Entleerung den Resorptionsvorgang abkürzen und vervollständigen, so wird für den Kranken Viel gewonnen.

Die Therapie hat einen so mächtigen Einfluss auf den Gang der Krankheit, dass man sich ärztlicherseits die Aufgabe stellen darf und muss, Niemand an Pleuritis sterben zu lassen. Dieser Satz gilt natürlich nicht für die Fälle, die von septischer Infection,

von Tuberculose, von Nierenerkrankung abhängig sind, sondern nur für die primäre und die selbständig gewordene Form; er lässt sich vorläufig nur für die Kinder jenseits des Säuglingsalters durchführen; er bietet mehr Aussichten, zur Geltung zu kommen, je früher der einzelne Fall in Behandlung tritt — dennoch muss er ganz allgemein durchführbar werden. Mit mässiger Acuität beginnende Pleuritis heilt oft schon bei Bettliegen und Fieberdiät; jedenfalls verschlimmert sie sich trotz der geeignetsten Medicamente, so so lange dies nicht angeordnet wird. Bei kräftigen Kindern ist eine Blutentziehung angezeigt, die am Orte des Reibegeräusches oder des stärksten Schmerzes vorzunehmen ist, bei schwächlichen wird die durch einen Senfteig ersetzt. Für die innere Behandlung eignen sich in diesem Zeitraum fieberherabsetzende und diuretisch wirkende Mittel. Man beginnt am Besten mit Infusum digitalis und lässt darauf Kalisalze (aceticum, nitricum, bitartaricum) folgen. Auch Abführmittel sind von manchen Seiten lebhaft empfohlen, so von J. Meyer Kalomel. Bei starkem Fieber und rasch ansteigendem Ergusse sind die von Weber, Nissen u. A. eingeführten kalten Umschläge vortheilhaft, und es empfiehlt sich, hier neben oder nach Digitalis Chinin in grösserer Dose anzuwenden. In frischen Fällen, in welchen nicht gerade tiefgehende Veränderungen der nächstliegenden Organe Ursache der Krankheit sind, gelingt es in der Regel, mit diesen Mitteln dem Uebel Halt zu gebieten. Reichliches Trinken von kaltem Getränke erweist sich nützlich. Bei grösseren wenig fieberhaften Ergüssen kann man diuretische Mittel, Jodbehandlung, namentlich Jodeisen (Ziemssen) versuchen, am meisten Erfolg habe ich jedoch von der Erregung starker Schweissabsonderung durch heisse Bäder und Einpackungen gesehen. Unter Umständen kann Pilocarpin zu dem gleichen Zwecke den Vorzug verdienen.

Grosse Ergüsse, die bis zum Schlüsselbein hinaufreichen, erfordern unbedingt, gleichgültig welches ihre Beschaffenheit sei, die Thoracenthese. Jeden Augenblick kann, besonders bei linksseitigen Exsudaten, eine rasch tödtende Unterbrechung der Respiration oder Circulation eintreten; namentlich die Knickung der unteren Hohlvene, welche durch Verdrängung des Herzens entsteht, kann zu ungenügender Blutzufuhr zum Herzen und daher rührender Hirnanämie Veranlassung geben (Bartels). Um den Lufteintritt zu verhüten, verbindet man die Röhre des Troicart's mit einem Gummirohr, dessen Ende durch die ausgeflossene Flüssigkeit abge-

schlossen wird, oder mit einem präparirten Schaafdarm, der als Ventil wirkt. Die Entleerung wird vollständiger bewirkt durch die Aussaugung des Exsudates vermittelst der Apparate von Potain, Dieulafoi u. A. Die Erfolge der Thoracentese sind häufig so überraschend günstige, dass die Frage nahe liegt, in wie weit auch schon mittlere und kleinere Ergüsse, ehe Zeichen von Suppuration vorliegen, gerade um dieser zuvorzukommen, der Operation zu unterziehen seien. Hier gilt nicht für alle Fälle eine Regel; der Eingriff ist nicht ganz ohne Gefahren; wo die Operation verweigert wird, kommen doch oft rasche und schöne Heilungen zu Stande.

Eitrige Ergüsse erfordern, auch wenn sie nicht die erwähnte Grösse erreicht haben, die Eröffnung eines Intercostalraumes durch den Schnitt, das Offenhalten der Wunde und die täglichen Ausspülungen des Pleurasackes. Zu diesem Zwecke kann die Drainage von Chassaignac in Anwendung kommen, ferner die Einlegung einer dünnen Metallcanüle mit Schild oder ein einfacher Schnitt, der Raum genug für Injectionen lässt. Die Resultate dieser Operation sind bei Kindern bedeutend günstiger als bei Erwachsenen; ausser den von Ziemssen gesammelten Fällen finden sich in den Abhandlungen von Roser, Bartels und Kussmaul eine Reihe von günstigen Resultaten verzeichnet. Guinier hat einen Heilungsfall bei einem 12monatlichen Kinde veröffentlicht; unter 31 Fällen, die er zusammenstellt, waren sechsmal so viele Heilungsfälle als tödtlich endende, ebenso sechsmal so viele linksseitige Fälle als rechtsseitige. Roger hat freilich unter 13 Fällen nur 5 Heilungen und fasst überhaupt die Aussichten der Operation weniger günstig auf, indess werden seine Angaben durch die erwähnten günstigeren Resultate wohl aufgewogen. In den Fällen, in denen man die Operation versäumt, gibt gewöhnlich die Anwesenheit einiger Tuberkeln oder käsiger pneumonischer Heerde zu dem falschen Troste Veranlassung, dass sie doch vergebens gewesen wäre. Die Resultate der Operation durch den Schnitt stellen sich übrigens auch neuerdings beim Ueberblicke grösserer Zahlenreihen nicht so günstig als man früher glaubte. Während sie für jauchigen Pneumothorax unbedingt indicirt bleibt, gewinnt für das eitrige Pleuraexsudat die wiederholte Punction, die vereinzelte Ausspülung gelegentlich der Punctionen (Bälz) und die andauernde Ausspülung nach Playfair mehr Freunde. Bei allen lang dauernden Pleuraexsudaten ist die anfängliche Fieberdiät zu verlassen und in eine möglichst kräftigende und nährende umzuwandeln. Oft nützen in spä-

terer Zeit Leberthran oder Eisen mehr, als alle übrigen Arzneimittel.

G. Phthisis bronchialis.

Becker: De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo specimen. Berol. 1826.
C. Hennig: Schwellung und Tuberkeln in den Bronchialdrüsen. Jahrb. d. Kinderheilk. III. 19.
Bouchut: Journ. f. Kinderkrankheiten 1863.
Rilliet u. Barthez III. p. 600.
Gueneau de Mussy: Journ. f. Kinderkrankheiten 1868. 7. u. 8.
A. Lipsky: Zur Bronchialdrüsenerkrankung im Kindesalter. Prag. Vierteljahrschrift. Bd. 118. S. 97.

Von den intrathoracischen Lymphdrüsengruppen: Gl. mediastinales ant. und post., Gl. pulmonales und bronchiales sind es am Häufigsten die letzteren, die Sitz chronischer Anschwellung und Entzündung mit Ausgang in Verkäsung werden. Sie sind, 15—20 an der Zahl, um die Theilungsstelle der Luftröhre und ihre zwei Hauptäste herum gelagert. Man hat nicht selten Gelegenheit, bei frischer Bronchitis, Broncho- oder croupöser Pneumonie die Anfänge der Bronchialdrüsenentzündung kennen zu lernen. Man findet dann das umgebende Bindegewebe hyperämisch, die Drüsen vergrössert, auf dem Schnitte über die Kapsel sich vorwölbend, das Gewebe weich, von blass grauröthlicher Farbe. Bei längerer Dauer wird das Drüsengewebe weisslicher, derber und verfällt an einzelnen, meistens central gelegenen Stellen der anämischen Nekrose. Käsige Einspreugungen bilden sich, fliessen zusammen und bilden schliesslich den gesammten Inhalt der Kapsel der Drüse. Mehrere so entartete Drüsen machen durch Druck das zwischenliegende Bindegewebe atrophisch und fliessen zu einer höckerig-traubigen Geschwulst zusammen, die den Umfang einer Nuss, eines Eies gewinnen kann. Andere Ausgangsweisen der ursprünglichen Entzündung sind die in Rückgängigwerden der Schwellung mit oder ohne Schrumpfung und Verhärtung der Drüse und der Uebergang in Vereiterung. Letztere tritt häufig zu der Verkäsung hinzu und bahnt dem durch den Eiter losgelösten Sequester, die Kapsel durchbrechend, einen Weg in benachbarte Organe. Hiedurch kann Heilung mit Schrumpfung der Drüse oder der tödtliche Ausgang eingeleitet werden. Unterbleibt die Eiterung, so kann die abgestorbene käsige Parthie verkreiden und in der atrophirenden, vielleicht bei ihrer Verkleinerung die Nachbarorgane zerrenden Drüse liegen bleiben. Der tödtliche Ausgang wird ausser durch Perforation noch durch Compression benach-

barter Organe bewirkt, noch häufiger durch Hinzutritt miliarer, allgemeiner Tuberculose zu der Bronchialphthise.

Die Bronchialdrüsen der meisten Erwachsenen sind geschrumpft, pigmentirt, gealtert, bei Kindern sind sie unversehrt, in lebhafter Function, zu Erkrankungen geneigter. Am Häufigsten findet sich dieses Leiden zwischen 3 und 11 Jahren, bei Knaben etwas öfter als bei Mädchen, nach Rilliet und Barthez bei 79% aller phthisischen Kinder. Die eigentliche Ursache bilden Entzündungen der Organe, die ihre Lymphgefässe nach den Drüsen senden, also der Trachea, der Bronchien, des Lungengewebes. Besonders chronisch verlaufende oder öfter wiederkehrende Entzündungen unterhalten die Schwellung der Drüsen. Bei Scrophulösen überdauert dieselbe ihre nächste Ursache und neigt zur Verkäsung. Der häufige Ausbruch der Phthise nach Pneumonie, Keuchhusten, Masern, Rachitis findet in den Katarrhen der Bronchien, die jenen Krankheiten zukommen, seine Erklärung, nach welchen verkäsende Entzündung in den Bronchialdrüsen vielfach das Mittelglied bildet. Diese Erkrankung der Pulmonal- und Bronchialdrüsen findet sich oft im engsten räumlichen Anschlusse an die analoge Veränderung keilförmiger Abschnitte des Lungengewebes, gewöhnlich während käsige Knoten gleichzeitig, aber an zerstreuten, entfernten Stellen der Lunge sich vorfinden, selten ohne jede ältere käsige, selbst ohne jede neuere tuberculöse Erkrankung der Lunge. Der Katarrh der Bronchien kann bei seinem Abheilen das Lungengewebe unversehrt zurücklassen, indess die durch ihn erregte Drüsenentzündung selbständig zur Phthise fortschreitet.

Zu der beträchtlichen Grösse, die die Drüsen erreichen, wird der Raum kaum auf andere Weise, als durch Verdrängung oder Compression benachbarter Organe erreicht werden können, also der Lungensubstanz, Trachea und Bronchi, der Gefässe und Nerven, der Speiseröhre. Die innerhalb der Lunge gelegenen Drüsen gewinnen kaum je ein solches Volum, wie die am Hilus, in der Umgebung der Trachea und im hinteren Mediastinum mehr frei gelegenen. Die Wirkungen des Druckes dieser sich vergrössernden Drüsen können soweit gehen, dass sie an resistenteren Organen, also Trachea und Bronchien, die Wände zum Schwunde bringen und so, ringsum angelöthet, mit einem Theile ihrer Wand frei in das Lumen jener Kanäle hineinragen. Seltener als diese Perforation durch Atrophiren der gedrückten Bronchialwand erfolgt von Seiten vereiterter Drüsen eine Perforation im gewöhn-

lichen Sinne durch Diabrose mit nachfolgender Entleerung des Drüseninhaltes in den Bronchus. Hat der ersterwähnte Process stattgefunden, und ist es nachträglich erst zur Erweichung und Entleerung des Drüseninhaltes nach der Seite der Perforation hin gekommen, so bietet sich schliesslich das gleiche Bild dar, wie im zweiten Falle. Ein vierter noch seltenerer Fall, als die drei vorerwähnten, ist der der Perforation der erweichten Tuberkelmassen in andere Kanäle, z. B. Vena cava, Art. pulmonalis, Oesophagus. Diese Möglichkeit kann sich noch weiter compliciren, insoferne eine doppelte Perforation nach verschiedenen Richtungen zur selben oder zu verschiedener Zeit sich ausbilden kann, z. B. aus derselben Drüse erst in einen Bronchus, dann die Art. pulmonalis, in Bronchus und Oesophagus, in Lunge und Cavum pleurae.

Die Symptome sind die einer langsam verlaufenden Phthise, also öftere Katarrhe, Neigung zu Anginen, abendliche Fieberzustände, Unregelmässigkeiten des Appetites, leichtere, öftere Störungen der Verdauung, bei älteren Kindern Neigung zu Schweissen, allmäliges Sinken der Ernährung. Das Fieber dieser Kranken ist von A. Lipsky thermometrisch verfolgt worden und hat sich bald als niederes mehr continuirliches, bald als hohes mit beträchtlichen Abendexacerbationen ergeben, in letzterem Falle begreiflicher Weise mit ausgesprochener Abmagerung. Hiezu treten dann in manchen Fällen nach einiger Zeit örtliche Zeichen, oder doch solche, die einer Ableitung von den örtlichen Zuständen mit Bestimmtheit fähig sind. Solche können dadurch zu Stande kommen: 1) dass Lymphdrüsengeschwülste sich bis zur Brustwand ausbreiten oder doch in deren Nähe gelangen, so dass sie nur durch luftleeres Lungengewebe oder eine dünne Schicht lufthaltigen Gewebes von ihr getrennt erscheinen, 2) dass Compression benachbarter Kanäle die entsprechenden Stenosirungszeichen hervorruft, als solche von Trachea oder Bronchus, Vena cava, den Lungengefässen oder der Speiseröhre, 3) dass Perforationen von den Lymphdrüsenabscessen aus in benachbarte Hohlräume erfolgen.

ad 1) Kleine Lymphdrüsengeschwülste haben keinen Einfluss auf die Resultate der physikalischen Untersuchung, bei grösseren, selbst hühnereigrossen, können zeitweise oder beständig alle derartigen Zeichen fehlen. Andere der letzteren Art verengern nur die grossen Luftwege an der Wurzel der Lunge, wodurch eine habituell beschleunigte, anfallsweise sich noch steigernde Frequenz der Respirationszüge entsteht, wodurch ferner zur Entstehung von

trockenen, grossblasigen Rasselgeräuschen und von Schnurren und Pfeifen Veranlassung geboten sein kann. Gelangen solche Geschwülste bis zur Brustwand, so stellen sie als festweiche Massen in ähnlicher Weise wie hepatisirte Lungentheile eine bessere Leitung zwischen den grossen Bronchien, deren starren Wänden sie angelagert sind, und der Brustwand her, so dass bronchiales Athmen oder klingende Rasselgeräusche, von den Bronchien oder nahegelegenen Cavernen herstammend, an der betreffenden Stelle der Brustwand gehört werden. Noch weit besser als durch die auscultatorischen Zeichen geben sich diese Geschwülste durch die Percussionserscheinungen kund. Gewöhnlich ist es der obere oder mittlere Theil der Interscapularregion, seltener der obere Theil des Sternums, wo sie zur inneren Thoraxfläche gelangen. In der gleichen Ausdehnung, in der sie sich an diese anlagern, findet eine völlige Dämpfung des Schalles Statt. Von geringerem Werthe ist das blosse Leererwerden des Schalles bei völlig heller Beschaffenheit, indem dieses doch auch öfter zu Täuschungen Veranlassung gibt. — Noch häufiger als das letztere mag es wohl geschehen, dass solche Geschwülste sich bis zur Wirbelsäule ausdehnen, und dann natürlich, obwohl einen Theil der Brustwand im weiteren Sinne berührend, doch der Percussion entgehen. In diesem Falle soll nach *Rilliet* und *Barthez* in der beschränkten Ausdehnung der Consonanzerscheinung auf den betreffenden Wirbel, deren weitere Ausbreitung durch die Intervertebralknorpel und die Rippengelenke gehindert werde, ein Erkennungsmittel liegen (?). Eigene Erfahrungen über den letzteren Punkt besitze ich nicht, doch weiss ich, dass so bedeutende tuberculöse Drüsengeschwülste, dass sie die Resultate der Auscultation und Percussion erheblich ändern, selten vorkommen.

ad 2) Die Compressionserscheinungen betreffen vorzüglich Respiration, Circulation und Deglutition. Die Störungen der Respiration hängen entweder ab von der *Compression der Trachea* oder der *grossen Bronchien*, und in diesem Falle sind sie auch meistens, anfallsweise sich steigernd oder eine habituelle Beschleunigung der Respiration setzend, kaum auf anderem Wege bezüglich ihrer Ursache erkennbar als dadurch, dass bei Compression nur eines Bronchus das Athmungsgeräusch zeitweite auf der leidenden Seite schwächer als auf der gesunden gehört wird. Andernfalles, wenn sie von *Beeinträchtigungen des Nerv. recurrens* stammen, ist das paroxysmenweise Auftreten der Dyspnöe noch mehr ausgesprochen als im vorhergehenden

Falle. Diese Anfälle erscheinen, ehe die Krankheit noch weit vorgeschritten ist oder erst gegen Ende derselben, ganz unvorhergesehen, oder in nächster Folge psychischer Affecte oder körperlicher Anstrengungen, sind häufig viel schwererer Natur als die zuvor erwähnten, haben viele Aehnlichkeit mit jenen des Spasmus glottidis, indem das Gesicht blau, der Puls klein und frequent wird, Orthopnöe eintritt, unregelmässige Respirationsbewegungen stattfinden, dabei keine den Anfall erklärende Veränderung der physikalischen Zeichen Seitens der Brustorgane. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen kann die Stimme sehr wechselnde und verschiedenartige Veränderungen eingehen, indem sie höher oder tiefer, heiser, misstönend wird oder ganz erlischt (vgl. Stimmbandlähmung). Auch Mangel des Sättigungsgefühles, Erbrechen u. dgl. will man in Folge der Störungen des pneumogastrischen Nerven beobachtet haben; ob dabei auch Störungen der Innervation des Herzens vorkommen, finde ich nicht angegeben.

Die Compression der Gefässe macht besonders dann manifeste Zeichen, wenn sie die obere Hohlader trifft; in diesem Falle wurden Oedeme der Gesichtshaut, an den Augenlidern beginnend, mässige Erweiterung der Hals- und Gesichtsvenen, leicht livides Colorit beobachtet, endlich wurden anatomisch constatirte Blutungen in den Sack der Arachnoidea, sowie Gerinnselbildung in den Hirnblutleitern (Tonnelé) als Folgen davon angesehen. Hier ist wohl auch das interessante Symptom von E. Smith zu erwähnen. Legt man einem Kinde den Kopf soweit rückwärts, dass das Gesicht gerade nach oben schaut, so erscheint bei gewissen Formen der Bronchophthise ein lautes Venengeräusch in der oberen Sternalgegend. Ich habe es wiederholt gefunden und bestätigen können, dass es von Drüsengeschwülsten abhängig war, die bei der Streckung der Trachea einen Druck auf die V. anonyma ausübten.

Die Compression endlich des Oesophagus vermöchte Schlingbeschwerden zu verursachen, wenn nicht ein so weiches und schlaffes Organ wie dieser viel eher ausweichen, als eine directe Compression längere Zeit erdulden würde. Auch vom Nerv. phrenicus sind Fälle bekannt, in welchen er in Knoten eingeschlossen gefunden wurde, ohne dass jedoch ein reines Bild der Zwerchfellslähmung vorhanden gewesen wäre.

ad 3) Die Perforationen gewähren hauptsächlich dann ein grösseres Interesse, wenn sie in doppelter Richtung erfolgten; aber so interessant dann ihre Zeichen und Folgezustände, so selten

auch ihr Vorkommen. Einfache Perforationen, z. B. einer Drüse in ein Gefäss, in den Oesophagus, eines kleinen Eitersackes in Bronchus oder Trachea machen natürlich keine auffallenden Symptome; nur bei reichlicherem Eindringen von Eiter in die Luftwege dürfte das Aushusten von Eiter, mit käsigem Bröckeln untermengt, die Diagnose erleichtern, beim Eindringen in das Cavum pleurae rasch entstehende Pleuritis, beim Eindringen in Gefässe Embolie.

Bei den doppelten Perforationen, d. h. bei jenen, die in zwei verschiedenen Richtungen erfolgen (denn doppelte Perforationen in dasselbe Organ sind vielleicht so häufig wie einfache) können die sonderbarsten Dinge zum Vorschein kommen. Mit Umgehung anderer Möglichkeiten erwähnen wir hauptsächlich der profusen Bronchialblutungen, des Pneumothorax und der dyspnoischen Anfälle beim Schlingen. Die Hämorrhagieen wurden nicht so ganz selten beobachtet, so z. B. von West 5mal bei Kindern, die stark im Verdachte der Drüsentuberculose standen oder wirklich damit behaftet waren. Alle erlagen der Hämorrhagie; nur bei zweien wurde die Section gestattet, aber sie wies keine Communication zwischen Gefäss- und Bronchialrohr nach. Auch aus anderweitigen Beobachtungen geht hervor, dass solche profuse Blutungen aus den Luftwegen im Laufe der in Rede stehenden Krankheit auch ohne das Bestehen der erwähnten abnormen Communication, meistens gelegentlich körperlicher oder psychischer Erregungen, wahrscheinlich bei bestehender Compression der Lungenvenen durch die Geschwülste zum Vorschein kommen können. — Das Entstehen von dyspnoischen und Hustenanfällen, wenn die Speisen schon den Schlundkopf passirt hatten, wurde von Berton beobachtet bei perforativer durch Drüsenabscess verursachter Communication von Oesophagus und Bronchus.

Der Verlauf des ganzen Leidens ist in der Regel ein sehr langer, wohl oft jahrelanger, doch lässt sich wegen des latenten Beginnes seine Dauer in den einzelnen Fällen nicht leicht feststellen. Nur ganz selten hat es den Anschein, als ob er ein ziemlich rascher gewesen sei. Ein eigentlich phthisisches Endstadium und der Hinzutritt von ausgeprägter Lungentuberculose sind geeignet, das gewöhnliche schlimme Ende herbeizuführen. Heilungen kommen gewiss auch vor; der häufige Befund verkreideter Drüsensubstanz bei anderweitig verstorbenen Personen beweist dies; allein sie sind doch selten dauernd und desshalb eher als Stillstand und partielle Rückbildung des Leidens zu bezeichnen. Trotz der vielen Möglichkeiten der Entstehung charakteristischer Zeichen ist doch die Diagnose

in den meisten Fällen kaum über den Bereich der Wahrscheinlichkeit hinauszuführen, und auch dies nur auf dem Wege der Exclusion, aus dem einfachen Grunde, weil die Fälle, in welchen die Geschwülste eine genügende Grösse erlangen, um benachbarte Organe in bedeutenderem Grade zu comprimiren oder dislociren, keineswegs häufig sind. — So muss man sich denn beschränken, die Zeichen einer chronischen depascirenden Krankheit festzustellen und durch Ausschliessung anderer, Aehnliches bewirkender Zustände, namentlich der Lungenphthise im Anfange, die betreffende Drüsenerkrankung als Grund jenes hektischen Zustandes wahrscheinlich zu machen. Namentlich die anamnestischen Momente liefern im Beginne gute Anhaltspunkte. Später gelingt es eher, bei fortgesetzter aufmerksamer Beobachtung einzelne der erwähnten directen Zeichen aufzufinden.

Wenn erbliche Anlage, Kränklichkeit, Scrophulose, öftere Katarrhe und Abmagerung den Verdacht auf dieses Leiden hinlenken und vielleicht einzelne der erwähnten Zeichen denselben stützen, muss vor allem eine kräftigende Diät eingeführt werden: überwiegender Fleisch- und Milchgenuss, etwas Bier, wenig Amylacea. Tonisirende, umstimmende Medicamente müssen dem noch nachhelfen, namentlich Leberthran und Jodeisen, Eisen und Chinin sind dazu geeignet. Zweitens müssen alle Veranlassungen frischer Katarrhe aufs Sorgfältigste vermieden werden, so das Athmen verunreinigter Luft und Erkältungen. Gegen den Einfluss letzterer schützt methodische Abhärtung. Drittens sind sowohl zur Beseitigung noch fortbestehenden katarrhalischen Zustandes der Bronchien, als auch um auf die Lymphdrüsen von ihren Wurzelgebieten aus einzuwirken, Einathmungen adstringirender, lösender und umstimmender Medicamente dringend empfohlen worden. Besonders geeignet dazu scheinen Eisensalmiak, Eisenchlorid, Tannin, kohlensaure Alkalien. Die Auswahl unter diesen hängt von den Indicationen des Einzelfalles ab. Durch Soolbäder, Landaufenthalt, Seebäder kann dies Verfahren unterstützt werden. Auch hier sind wieder die Kuren in Kreuznach, Dürkheim, Hall, Ischl, Sodenthal, Tölz zu rühmen. —

V.

Krankheiten der Verdauungsorgane.

A. Krankheiten der Mundhöhle und Rachenhöhle.

I. Stomatitis catarrhalis.

H. Bohn: Die Mundkrankheiten der Kinder. Leipzig 1866. p. 37.
Ch. Fernet: Séméiotique de la bouche. L'union méd. 1868. Nr. 108.
Bamberger: Unterleibskrankheiten. 2. Aufl. p. 2.
Mayr: Ueber Semiotik und Untersuchung des kranken Kindes. Jahrb. d. Kinderheilk. III. p. 234.

Die Mundschleimhaut zeigt sich in den ersten beiden Lebensjahren überwiegend häufig katarrhalisch erkrankt. Sie zeigt eine auffallende Empfindlichkeit gegen den Reiz ungewöhnlicher Nahrungsmittel und aus dem Magen zurückgeworfenen Speisebreies. Zuckerwerk, zersetzte Milch, Lutschbeutel, zu heisse, scharfe, gewürzige Speisen bilden die Hauptursachen der Stomatitis der Säuglinge. Nächstdem erzeugt die Zahnentwicklung Congestionsröthe und in vielen Fällen katarrhalische Entzündung, besonders dann, wenn an der Stelle des durchbrechenden Zahnes oder dieser gegenüber Ulceration eintritt. Mit acuten Exanthemen treten Entzündungsformen ein, die man wohl im Ganzen als acute Katarrhe ansehen kann, die jedoch dieselben Eigenthümlichkeiten aufzuweisen haben, wie der Ausschlag an der Haut (Flecken: Morbilli, Pusteln: Variola), hervorgegangen aus der Einwirkung der im Blute sich verbreitenden Krankheitsursache, modificirt durch den Sitz des Leidens. Toxische Entzündungen entstehen in den späteren Jahren durch örtliche Einwirkung scharfer Pflanzenstoffe, ätzender mineralischer Substanzen, durch constitutionelle Wirkung von Quecksilber, Arsen, Antimon — bisweilen durch ärztliche Schuld. Ein wirklicher Zusammenhang mit Hauterkrankungen einerseits, Rachen-

erkrankungen anderseits ist mir wenigstens sehr selten vorgekommen. Die im Laufe fieberhafter Krankheiten sich entwickelnde Stomatitis catarrhalis theilt mit dem Erythem der Haut, womit man sie in Parallele gesetzt hat, nur die Hyperämie, die von paralytischer Gefässerweiterung herrührt, dagegen sind die hier auftretenden functionellen Störungen (Epithelabstossung, Schleimabsonderung) Grund genug, um diese Parallele als eine recht unvollständige erscheinen zu lassen. — Bei einigen chronischen constitutionellen Erkrankungen, Morbus Brightii, Leukämie, Scorbut kommt Mundkatarrh vor, theils als bleibende Form, theils als Vorläufer besonderer Mundkrankheiten.

Die anatomischen Verhältnisse liegen zu Tage und stellen zugleich die Symptome der Krankheit dar. Je nach der Heftigkeit der Entzündung findet sich in lebhafterem oder geringerem Grade eine helle Röthe und leichte Schwellung der Schleimhaut vor, die je nach der ursächlichen Einwirkung und der Dauer und Ausdehnung, in der diese statthatte, bald allein auf die Umgebung eines Zahnes beschränkt oder an einer Lippe inselförmig verbreitet, bald auch gleichmässig die ganze Membran befällt. In einzelnen Formen sind die Papillae clavatae der Zunge überwiegend geschwollen und geröthet, so namentlich bei der scarlatinösen Stomatitis.

Die Schleimdrüsen der Lippe, der Wangenschleimhaut treten als durchscheinende Knötchen hervor und geben bei Druck ein Tröpfchen Schleim ab. Die Absonderung der Mundschleimhaut, bei manchen Formen auch der Speicheldrüsen wird reichlicher, so dass die zähe, fadenziehende, sauer reagirende Flüssigkeit am Boden der Mundhöhle zusammen- oder über die Lippen hervorströmt. In den Formen, die von acuten Krankheiten abhängen, findet vermehrte Abstossung und Anhäufung der Epithelien auf Zunge und Lippen Statt. Die Temperatur ist local erhöht, Bohn fand sie bei Messungen jener der Achselhöhle gleich, anstatt niederer. Berührung der Schleimhaut mit dem Finger, der Reiz durchgehender Speisen, Saugbewegung erregen Schmerzensäusserungen. Kalte Getränke werden, wenigstens von älteren Kindern, verlangt und gerne genommen. Fiebererregung von hier aus findet nur dann Statt, wenn starke thermische oder chemische Reizung voranging. Bei Säuglingen kann die Störung des Saugens auf die Ernährung zurückwirken.

In diagnostischer Beziehung ist die Geringfügigkeit der vorhandenen anatomischen und functionellen Störungen bezeichnend.

Die Krankheit wird öfter übersehen als verwechselt. Hauptsächlich ist es wichtig, die Ursachen ausfindig zu machen, da durch deren Beseitigung der erste und wichtigste Schritt zur Heilung geschieht. Vor allem ist sorgfältige Reinigung der Mundhöhle, je nach dem Alter des Kindes durch Auswischen oder Ausspülen des Mundes nach jeder Mahlzeit zu verlangen, sodann ist etwaiger fehlerhafter Beschaffenheit der Nahrung entgegen zu treten; damit wird man zugleich Magenerkrankungen, die die Munderkrankung hervorriefen, beseitigen. Constitutionelle Erkrankungen und solche der Nachbarorgane sind nach den betreffenden Regeln zu behandeln. Für die Stomatitis catarrhalis genügen meist schon die erwähnten diätetischen Maassregeln, falls es gelingt, die Grundkrankheiten zu beseitigen. Selten bedarf man der Pinselsäfte aus Natr. biboracicum, Mundwasser aus Kali chloricum, Ratanhiatinctur, Tanninlösung oder dergl. Den von der Zahnung abhängigen Mundentzündungen lässt man ihren natürlichen Ablauf, sie erreichen keinen hohen Grad; scheint dies dennoch der Fall zu sein, so suche man nach anderen Ursachen.

II. Stomatitis vesicularis.

Stomatitis aphthosa, Aphthen der Mundhöhle.

Bohn: Loc. cit. pag. 67.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 252.
Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850. I. p. 105.

An den Namen der Aphthen klebt sich eine solche Fülle von Confusion, Verwechselungen mit Soor, Diphtheritis, Stomatitis ulcerosa u. dergl. an, dass es am Besten wäre, ihn ganz bei Seite zu lassen und lieber eine Benennung zu wählen, die das Wesen der Krankheit ausdrückt. Viele haben unter Aphthen Bläschen auf der Mundschleimhaut verstanden, die bersten und kleine Geschwüre hinterlassen. Bohn hat dem entgegen hervorgehoben, dass die gelben rothgesäumten Flecke der Mundschleimhaut, die man so nennt, aufgeritzt keine Flüssigkeit entleeren, sondern einen festen Inhalt zeigen. Diess ist eine vollständig richtige Thatsache, die seither mehrfache Bestätigung fand. Niemeyer benützte die Kürze und Unklarheit des betr. kleinen Capitels bei Rokitansky, um sie für croupöse Exsudate zu erklären. Das sind sie jedoch weder vom ätiologischen noch vom anatomischen Standpunkte. Schon ihre leicht sichtbare und von allen Seiten zugestandene Epitheldecke

sollte sie vor dieser Verwechslung schützen. Wenn auch nicht ihrem anatomischen Baue, so doch ihrer physiologischen Bedeutung nach muss man diese kleinen Gebilde als Bläschen auffassen.

Die Erkrankung betrifft stets die schon zuvor katarrhalisch entzündete Mundschleimhaut. Auf dieser bilden sich an verschiedenen Stellen an der Schleimhaut der Lippen, der Wange, der Zunge, des Gaumens, des Zahnfleisches kleine rothumsäumte, graugelbe, später schwefelgelbe erhabene Flecke von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis einer Linse. Manche tragen in der Mitte einen eben sichtbaren, vertieften Punkt, ähnlich dem Nabel einer Pockenpustel, unwillkürlich erinnernd an den Ausführungsgang einer Schleimdrüse. Sticht man sie an, so lässt sich eine dünne Epitheldecke aufritzen und wegschieben. Darunter liegt eine flache, gelbe Scheibe von Linsenform, die durch die eindringende Nadel leicht zerstückt werden kann. Nimmt man etwas davon unter das Mikroskop, so findet sich eine Menge theils kugeliger, theils scheibenförmiger, kleiner zarter Zellen, spärlich dazwischen ein krümmliges, hie und da etwas faseriges Bindemittel. Der natürliche Verlauf der Erkrankung ist der, dass die bald nur zu zweien oder dreien, bald in grosser Zahl vorhandenen gelben Stellen nach dem Bersten ihrer Decke unter Abschilferung derselben sich von den Rändern her abheben und eine Anfangs noch roth umsäumte, späterhin gleichfarbige runde Epithelabschürfung hinterlassen, die nach wenigen Tagen ohne Narbe heilt. Die Aphthen sind als Bläschen aufzufassen, weil 1) an der Haut Blasen ziehende Stoffe an der Mundschleimhaut ganz ähnliche Veränderungen hervorrufen, 2) die meisten Pockenpusteln der Mundschleimhaut den gleichen Bau zeigen, 3) Aphthen der Lippenschleimhaut häufig die einfache Fortsetzung eines von Aussen her den Saum der Lippe überschreitenden Herpes labialis bilden.

Die erkrankten Stellen zeigen einige Empfindlichkeit beim Kauen und der Berührung mit scharfen Speisen. Die Mundflüssigkeit wird etwas reichlicher abgesondert und zeigt saure Reaction. Noch neuerdings wird angegeben (B o u c h u t), dass die Aphthen Geschwüre hinterlassen und von diesen aus brandige Zerstörung der Mundschleimhaut bewirken können. Jedenfalls ist dieser Vorgang so selten, dass man ihn bei der durchaus günstigen Prognose ignoriren kann. Den Versuch B o h n 's, diese Bläschen in Zusammenhang zu bringen mit geschwürigen Processen au Magen und Darm, halte ich für einen keineswegs gelungenen.

Die Krankheit kommt an manchen Orten bei Kindern überwiegend häufig vor, so in Königsberg (Bohn); an manchen andern Orten werden mehr Erwachsene betroffen. Als Ursachen lassen sich nachweisen Fieberanfälle, die mit oder für Herpes facialis Aphthen am vorderen Theile der Mundhöhle hervorrufen, chronische Magenkrankheiten, die mit häufigem Aufstossen und starker Speichelabsonderung einhergehen, mechanische oder chemische Reizungen der Mundschleimhaut, die längere Zeit einwirken. Eine interessante Entstehungsweise ist neuerdings erkannt worden. Kinder, die mit Milch von Kühen genährt werden, die an Maul- und Klauenseuche leiden, bekommen vesiculöse Mundentzündung und gleichzeitig Erkrankungen an den Nägeln der Finger und Zehen. Bohn findet diese Form der Mundentzündung vorwiegend häufig im zweiten Lebensjahre, so dass die Hälfte seiner Fälle dahin trifft. Nicht nur zeitlich fallen nach B. viele Aphthenerkrankungen mit der Dentition zusammen, sondern auch örtlich, so dass die Bläschen sich mit Vorliebe in der Umgebung eines durchschneidenden Zahnes entwickeln. In vielen Fällen entgehen die Ursachen der Beobachtung.

Da die einzelnen über die Mundschleimhaut zerstreuten Aphthen jederzeit von selbst abheilen, so hat die Behandlung, wo Ursachen ausfindig zu machen sind, hauptsächlich diesen entgegenzuwirken; namentlich ist oft der Gebrauch von Bitterstoffen, Alkalien oder leichten Abführmitteln bei krankhaften Zuständen des Magens angezeigt. Häufig erweist sich der innere Gebrauch von chlorsaurem Kali nützlich oder die Anwendung adstringirender Mundwasser, oder endlich die Bepinselung der kranken Schleimhaut mit Salzsäure oder Höllensteinlösung. Auch die von Worms empfohlene Bepinselung der eröffneten Aphthen mit Aether erweist sich sehr erfolgreich.

Die Aphthen der Neugeborenen oder Bednar'schen Aphthen

werden von Bohn als Milium des Gaumens bezeichnet. Sie stellen zwei grosse, flacherhabene, gelbe, von einer dünnen Epitheldecke überzogene Flecke zu beiden Seiten der Raphe des Gaumens dar. Ihre Decke kann platzen, so dass zwei bisweilen zusammenfliessende Geschwüre entstehen, die sich bis auf den Knochen vertiefen können. Bei andern wird der Inhalt, der aus fettig entarteten Epithelzellen besteht, ohne Vereiterung resorbirt. Aehnliche gelbe oder hier mehr bläuliche Folliculartumoren finden sich zwischen Gaumenbogen und oberem Zahnfortsatz des Unterkiefers, ein-

oder doppelseitig meist in Mehrzahl vor. Sie kommen nur bei Säuglingen vor. Bohn leitet sie von ziemlich normalerweise an den betreffenden Stellen des Gaumens vorfindlichen hirsekorn- bis stecknadelkopfgrossen drüsigen Gebilden her, die nach dem 8. Monate nicht mehr getroffen werden. Diese Drüschen sowohl als auch die daraus hervorgehenden Milium-ähnlichen Erkrankungsstellen geben zu keiner besonderen Therapie Veranlassung.

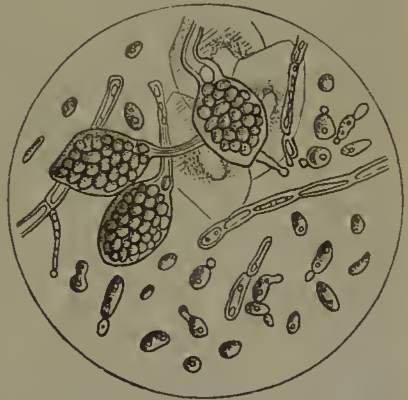
III. Stomatomykosis.

Schwämmchen, Soor, Muguet, Blanchet.

Reubold: Beiträge zur Lehre vom Soor. Virch. Arch. VII. 84.
J. Mauran: Considérations sur le Muguet. Montpellier 1867.
Hallier: Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Körpers. Leipz. 1866. pag. 86 u. f.
Burchardt: Ueber Soor und den dieser Krankheit eigenthümlichen Pilz. Ann. d. Berl. Charit. XII. I. p. 1.
v. Hessling: Ueber den Pilz der Milch. Virch. Arch. Bd. 35. S. 561.
P. Grawitz: Beiträge zur systematischen Botanik der pflanzlichen Parasiten. Virch. Archiv. Bd. 70. S. 546 u. Bd. 73.

Soor, früher vielfach mit Aphthen zusammengeworfen, auch jetzt noch nicht allenthalben klar und genügend davon unterschieden, erhielt eine charakterisirende Deutung zuerst durch die Entdeckung des Soorpilzes (Berg in Stockholm, 1842), der später durch Gruby und Robin genauer beschrieben, von letzterem Oïdium albicans genannt wurde. Er bildet mit Epithelien zusammen weisse krümmeliche Belege der Schleimhautflächen, die sich unschwer abstreifen lassen und die unversehrte Schleimhaut unter sich haben. Bei längerem Bestande färbt er sich theils durch Beimischungen, theils durch Pigmententwicklung in dem Pilze selbst gelb. Während er meist in flächenhafter Ausbreitung als Belag auftritt, kann er in Kanälen cylindrische Ausfüllungsmassen, an einzelnen Flächen pustelartige Haufen bilden. Der in den Soormassen unter verschiedenen Formen ganz vorwiegend vorhandene Pilz, Oïdium albicans wurde von v. Hessling für identisch gehalten mit dem Gährungspilze der Milch:

Fig. 35.



Soorpilz mit Fruchtkapseln, von einem 10jährigen Kinde mit Meningitis basilaris stammend.

Oïdium lactis und von diesem abgeleitet. Grawitz gelangte durch Culturen nach Brefeld's Methode zu der Ansicht, dass er ein Kahmpilz, wahrscheinlich mit dem Mycoderma vini Czienkowski's identisch sei, Reess bezeichnet ihn als Saccharomyces albicans. Sein gewöhnlichster Sitz ist die Mundhöhle, die Rachenhöhle, seltener findet er sich in der Speiseröhre, dem Aditus ad laryngem, auf der Vulva, an den männlichen Genitalien, an der Brustwarze, in der Nasenhöhle. Seine Ausbreitung könnte hiernach an die Anwesenheit von Pflasterepithel geknüpft erscheinen (Trousseau), allein er ist von Zaleski, Plaskuda u. A. auch auf der Magenschleimhaut getroffen worden. In der Mundhöhle findet er sich besonders unter dreierlei Bedingungen vor; 1) bei schweren fieberhaften Erkrankungen (Tuberculose, Typhus, Pneumonie) meist bei sehr alten, entkräfteten Leuten, 2) bei Diabetikern (Friedreich, Hallier), 3) in der Mundhöhle der Säuglinge.

Letztere Form lässt sich auf die Mundschleimhaut gesunder Kinder verimpfen, sie wird auch factisch durch mit Soormasse behaftete Löffel, Saugflaschen, Brustwarzen verimpft auf zuvor Gesunde. Der Soor macht dann Mundkatarrh und schafft sich die Bedingungen seiner Existenz. Ist dieser Katarrh schon vorhanden und namentlich die Beschaffenheit der Mundflüssigkeit eine ausgesprochen saure geworden, so bedarf es keiner besonderen Verimpfung, wenigstens dann sicher nicht, wenn man die Identität des Soorpilzes mit dem Oïdium lactis, dem die saure Gährung der Milch einleitenden Pilze, als sichergestellt betrachtet. In dem günstigen Medium der sauren Mundflüssigkeit, auf dem Boden der Epithelzellen und der Producte ihres Zerfalles haftet und wuchert der Pilz und erzeugt Soorplatten. Nach Bohn kommt auch auf normaler, selbst anämischer Mundschleimhaut der Soorpilz vor, doch dürfte dies Vorkommen immerhin die Ausnahme bilden. Das Gedeihen des Pilzes ist an die saure Beschaffenheit der umgebenden Flüssigkeit gebunden. Nach Hausmann leiden 11% der Schwangeren an Soor der Vagina. Uebertragung des Pilzes auf den Mund des Kindes beim Durchtreten des Kopfes lässt sich wohl denken.

Man kann drei Grade der Soorerkrankung unterscheiden: 1) zerstreute, lose anhaftende, inselförmige Massen in der Mundhöhle und zwar meist in dem vorderen Theil derselben, 2) grössere, zusammenhängende, schwer abzustreifende Flächenbelage, die sich auf den weichen Gaumen und die hintere Rachenwand erstrecken, 3) Soor des Oesophagus.

Viele Kinder, die Soor bekommen sollen, leiden zuvor schon an Brechdurchfall; der Katarrh des ganzen Tractes verleiht der Mundschleimhaut die zur Soorentwicklung geeignete Beschaffenheit. So kommt es, dass Valleix das Wundsein um den After als Vorläufer des Soors bezeichnete: es ist Folge des Darmkatarrhs. Mit der Soorbildung tritt stärkeres Speicheln, Empfindlichkeit der gerötheten Mundschleimhaut gegen Berührung, häufiges Loslassen der Brust, die zuvor gierig gefasst worden war, oft auch saurer Geruch aus dem Munde auf. Man findet auf der hochrothen Mundschleimhaut an den Lippen, der Wange, dem harten Gaumen, seltener auf der Zunge einzelne buchtig begrenzte Inseln einer weissen krümmelichen Masse, die als dünner Anflug bis zu 2 Mm. Dicke auftritt. Sie sieht geronnener Milch ähnlich, streift sich jedoch nicht ganz so leicht ab und kann bei einiger Uebung schon von Ansehen als das, was sie ist, ziemlich sicher erkannt werden. Volle Sicherheit gibt die mikroskopische Untersuchung. Man findet zahlreiche Pilzfäden von $^1/_{700}$—$^1/_{260}$ Mm. Durchmesser, ungleich gegliedert, mit seitlichen Knospen und Aesten versehen, die durch Scheidewände oder Einkerbungen vom Stammfaden abgegrenzt sind. In den Fäden und Knospen zeigen sich oft Körnchen, Hohlräume und grössere ovale, violett durchscheinende Figuren. Die Fäden enden abgerundet, birnförmig angeschwollen, oder in mehreren aufeinanderfolgenden Bläschen. Um die Fäden herum liegen zahlreich die runden oder ovalen, stark lichtbrechenden Konidien. Burchardt beschreibt die Fruchtkapseln der Sporangien als runde oder ovale, $^1/_{20}$—$^1/_{12}$ Mm. messende, leicht platzende Kapseln.

Bei längerem Bestande, in schlechter, sporenreicher Luft, namentlich in Spitälern und Findelhäusern, bei entkräfteten Kindern mit intensiven Magenkatarrhen, auch schon früher nach kurzer Dauer bilden sich zusammenhängende, die Gaumen-, Wangen- und Lippenschleimhaut auskleidende dickere, fester anhaftende Belege. Der Schmerz beim Saugen wird heftiger und gestattet dasselbe nur auf Augenblicke, die Rückwirkung auf die Ernährung und das Allgemeinbefinden wird schon hiedurch bedeutender. Pflanzt sich die Erkrankung auch noch auf den Oesophagus fort und füllt diesen mit Soormasse aus, so wird das Schlingen unmöglich, die gierig in den Mund gesaugte Milch wird zurückgespieen oder läuft wieder aus, die Abmagerung wird jetzt eine rapide. Die Gefahren dieser so unschuldig aussehenden Erkrankung liegen in folgenden Einflüssen: 1) Das Saugen und Trinken wird schon durch die ersten

beiden Grade, das Schlingen durch den dritten behindert. 2) Durch die Beimengung von zahlreichen Pilzkeimen zu dem Verschluckten werden Diarrhöen angeregt, unterhalten oder hartnäckiger gemacht. 3) Die Untersuchungen von E. Wagner über den Soor des Oesophagus haben gezeigt, dass wenigstens an diesem Orte die Pilzfäden in die Gefässe der oberflächlichen Schleimhautschichten hineinwuchern können; A. Vogel beschreibt das gleiche Hineinwuchern auch an der Mundhöhle. Eine Beobachtung von Zenker ergab an einer Soor-Leiche zahlreiche kleine Eiterheerde im Hirn, die je ein Klümpchen Pilzmasse enthielten, somit eine Soorembolie.

In der Regel ist der Soor nur Hülfsursache des Todes künstlich aufgefütterter, oder schlecht natürlich genährter Kinder; Magen-, Darmkatarrhe thun die Hauptsache dabei. Die Beobachtung Zenkers zeigt, dass der nicht ganz seltene Tod unter Convulsionen auch directe Wirkung des Soors sein kann. Endlich der Soor des Oesophagus führt, die wenigen glücklichen Fälle ausgenommen, in welchen ein solider Soorpfropf noch rechtzeitig ausgewürgt wird, fast sicher zum Tode. Besonders ungünstige Wirkungen von der nach dem Larynxeingange sich fortpflanzenden Pilzschichte sind nicht bekannt, doch mögen manchmal dadurch Schluckpneumonieen begünstigt werden. Die Vorhersage ist in jener Mehrzahl der Fälle, wo der Soor bei sonst gesunden Kindern, namentlich ohne gleichzeitige Erkrankung des Magens und Darmkanales auftritt und den ersten Grad nicht überschreitet, unbedingt günstig. Auch von der zweiten Form lässt sich, wenn die nöthigen äusseren Bedingungen herzustellen sind, meist noch ein günstiger Ausgang erzielen, ausnahmsweise auch bei der dritten. Ein von Rinecker beschriebener Fall, in dem auf Bepinseln der Mundschleimhaut mit Cuprum sulfuricum ein fingerlanger, dicker Soorpfropf ausgewürgt wurde und Genesung eintrat, beweist dies.

Für die erfolgreiche Behandlung sind Vorbedingungen: passende Ernährung, grösste Reinlichkeit und gute Luft. Da meistens Kinder innerhalb der zwei ersten Lebensmonate befallen werden (Seux), so ist die Beschaffung einer guten Amme für die Ernährung am Förderlichsten. Wo dies nicht möglich, müssen die besten Ersatzmittel der menschlichen Milch, Liebig'sche Suppe, neutralisirte oder alkalisirte Kuhmilch in entsprechender Verdünnung u. s. w. mit Ausschluss aller Amylacea, Zuckernäschereien u. dergl. gereicht werden. Ist das Saugen zu sehr behindert, so empfiehlt sich die Verabfolgung der Nahrung mittelst des Löffels. Lutschbeutel sind

bei dieser Krankheit besonders nachtheilig. Nach jedem Trinken und auch sonst recht oft muss der Mund mit einem in frisches Wasser getauchten Läppchen ausgewischt werden. Wird dabei auf das Loslösen und Entfernen der Soorschichten die nöthige Mühe verwendet, so genügt dieses Verfahren allein schon zur Heilung leichterer Fälle. Auf das Reinigen der Trinkgeschirre, Löffel, Saugnäpfe etc. ist besonders aufmerksam zu machen. Wenn man sieht, dass Soor in schlecht ventilirten Spitälern und Findelanstalten besonders oft vorkommt, so wird man daraus die Indication entnehmen, für genügende Lüftung des Krankenzimmers Sorge zu tragen.

Zur örtlichen Behandlung — eine solche ist allein nöthig — eignen sich die Alkalien besonders. So ist es erklärlich, dass seit alter Zeit das Natron biboracicum mit Wasser und Honig als Mittel gegen diese Krankheit im Gebrauch ist. Der Honig ist dabei nicht allein überflüssig, sondern geradezu nachtheilig. Kalkwasser, Lösungen von Kali oder Natron bicarbonicum können für die einfacheren Fälle empfohlen werden. Bei starkem Katarrhe der Mundschleimhaut sind 1/4—1% Lösungen von Höllenstein, Zinkvitriol, Tannin am Platze. Bei Soor des Oesophagus muss man durch Einbringen stärkerer 2—5% Lösungen von Zincum oder Cuprum sulfuricum in die Mundhöhle Erbrechen zu erregen suchen. Bei sorgsamer Wartung und frühzeitigem Eingreifen wird fast jede, aber bei Nachlässigkeit und Unreinlichkeit der Pfleger wird auch keine Behandlungsweise rasche Erfolge bringen.

IV. Stomatitis ulcerosa.

Stomakace, Mundfäule.

Taupin: Stomatite gangréneuse. — Sa nature — ses causes — son traitement. Journ. des conn. méd. chir. 1839.
Bohn: Die Mundkrankheiten der Kinder p. 97 u. f.
A. Hirsch: Handbuch der histor.-geograph. Pathologie Bd. II. p. 165.

Diese Entzündung der Mundschleimhaut, die Anfangs ausschliesslich am Zahnfleischrande verläuft und zwar nur da, wo wirklich Zähne vorhanden sind, führt zur Anschwellung des Zahnfleisches und zum Absterben seines Randes, so dass ein geschwüriger Saum längs der Zähne entsteht. Sie kommt bei zahnlosen Kindern noch gar nicht vor, bei zahnenden nur soweit, als schon Zähne vorhanden sind. Ihre grösste Häufigkeit fällt zwischen das 5. und 10. Jahr (Taupin). Blasse, sieche, grobscrophulose Kinder

solche, die an acuter Rachitis leiden (Möller, Bohn), Reconvalescenten von acuten Krankheiten, sind ihr stark ausgesetzt. Sie macht Endemieen in insalubern Kinderspitälern und Findelhäusern, sporadisch befällt sie vorzüglich die darbenden und frierenden Kinder der Bewohner feuchter, kellerartiger Räume. Auf dem Lande und in lichtbevölkerten, hochliegenden Städten kommt sie weniger vor, als in grossen, namentlich Küstenstädten. Man hat sie für contagiös erklären wollen (Hirsch), aber die Militairepidemieen, welche sie in Frankreich (Desgenettes, Bergeron, Caffort), Belgien und Portugal macht, sprechen dadurch dagegen, dass die Officiere gar nicht, die Unterofficiere sehr wenig befallen werden. Auch in Kinderbewahranstalten, Waisenhäusern u. dergl. kommt sie epidemisch vor. Sie beruht dann auf nachtheiligen Einrichtungen der Anstalt, ungenügender oder schlechter Ernährung, lässt jedoch nichts von Contagiosität erkennen. Für die unendliche Mehrzahl der Fälle, sowohl bei Kindern, als bei Erwachsenen, kann man nur Entkräftung, schlechte Wohnung und Nahrung als Ursache ansehen. Dagegen kann man ganz wohl die St. scorbutica, mercurialis, phosphorica als St. ulcerosa mit bekannter Ursache auffassen (H. Bohn). Knaben werden häufiger befallen als Mädchen. Die Krankheit tritt zu allen Jahreszeiten auf.

Die Erscheinungen am Munde verlaufen so, dass zuerst eine allgemeine Hyperämie und Schwellung der Mundschleimhaut sich entwickelt, besonders stark an dem Zahnfleischrande, der einen verdickten, blaurothen Wulst darstellt, oder speciell an den Zacken zwischen den Zähnen in Keulenform verdickt ist. Schon jetzt beginnt stärkere Absonderung der Mundflüssigkeit, fauliger Geruch des Athems und leicht blutende Beschaffenheit des Zahnfleisches und der übrigen Mundschleimhaut. Geringer Druck genügt, um capilläre Blutung der Schleimhaut hervorzurufen. Das Kauen festerer Speisen bewirkt solche Blutungen und ist schmerzhaft. Die Kranken fühlen sich mit oder schon einige Tage vor ausgesprochenem Beginne der Krankheit matt und unwohl, fiebern nicht oder unbedeutend. Nach kurzer Dauer dieser Zustände wird der Zahnfleischsaum an seiner Kante gelb, erweicht und verwandelt sich in eine breiige locker zusammenhängende Masse. Dieses Absterben beginnt an einem Schneide- oder dem Eckzahn einer Seite des Unterkiefers und breitet sich an der Vorderseite beider Kiefer saumartig nach beiden Seiten und nach den Backzähnen hin aus, greift zwischen den Zähnen an den hinteren Zahnfleischrand über und zerstört immer mehr von

dem Schleimhautgewebe. Man hat ein Geschwür vor sich von geringer Breite, einer Länge, die der des ganzen Zahnfleischrandes entspricht, und ziemlich horizontal gestelltem Grunde. Die absterbenden Gewebstheile werden nicht durch Eiterung abgegrenzt, nicht in Fetzen abgestossen, sondern haften als gelber oder gelbgrauer, dem diphtheritischen ähnlicher Beleg dem Geschwürsgrunde in dünner Lage an. Die Zähne werden durch den fortschreitenden Zerfall nach Unten zu blossgelegt, gelockert, einzelne fallen aus. Zu der Zeit beginnt auch an der Wangenschleimhaut, wo sie dem Zahnfleischgeschwüre gegenüberliegt, Bildung blaurother Anschwellungen, die zur Entstehung einer zusammenfliessenden Linie tiefer, gelb und fetzig belegter, von dünnem, blutigem Eiter bespülter Geschwüre führt. Auch an einzelnen Stellen oder am ganzen Rande der Zunge kann eine Ansteckung von den Geschwüren aus stattfinden, die an der hinteren Seite des Alveolarfortsatzes sitzen. Der Speichelfluss wird zugleich reichlicher, stärker mit Eiter und Blut vermengt, die Ausdünstung der Mundhöhle stärker übelriechend, die Lymphdrüsenschwellung längs des Unterkiefers erreicht einen hohen Grad, Oedem der Wange, unter Umständen auch der Zunge, gesellt sich hinzu, in den höchsten Graden wird das Periost des Alveolarfortsatzes streckenweise entblösst und nekrotisch, die Geschwüre an der Wange können in erklärten Wangenbrand übergehen (West, Taupin u. A.).

Der Verlauf dieser Erscheinungen ist gewöhnlich von Anfang an ein rascher, fast von Tag zu Tag zum Schlimmeren fortschreitender. Auf Anwendung wirksamer Mittel folgt rasche Besserung, aber sie schreitet nicht immer bis zur Heilung gleichmässig vor, sondern es kann ein stationärer oder schwankender Zustand längere Zeit andauern. Glücklicher Weise hat man es ziemlich sicher in der Hand, der Krankheit Halt zu gebieten und sie zur Heilung zu führen.

Für erfolgreiche Behandlung der Krankheit ist es wichtig, bei anämischen Kranken gute und reichliche Ernährung einzuführen, bei allen sie wenigstens nicht zu beschränken. Schlafraum oder Krankenzimmer (das nur bei den höheren Graden des Uebels nöthig wird), müssen luftig und trocken sein, am Körper und Bett des Kranken ist die grösste Reinlichkeit einzuhalten. Harte Nahrungsmittel, die beim Kauen das Zahnfleisch drücken, verbieten sich grösstentheils schon von selbst, die Kranken werden auf flüssige und breiartige Speisen beschränkt. Zurückbleiben und Zersetzung

von Speiseresten zwischen Zahn und Geschwür muss durch öfteres Ausspülen der Mundhöhle vermieden werden. Man verwendet dazu Wasser mit aromatischen Zusätzen, Kampherspiritus, am Besten mit übermangansaurem Kali.

Für die innere Behandlung ist unbedingt das von West, Hauner u. A. empfohlene chlorsaure Kali (in 5% Lösung zweistündlich) allen anderen Mitteln vorzuziehen. Bei den toxischen Formen der Krankheit vermag es selbst bei mässiger Fortdauer der Krankheitsursache Heilung zu erzwingen, so bei Mercurialismus (Ricord). Auf grössere Einzeldosen (Gr. 4—5) folgt eine Art physiologischen Speichelflusses von kurzer Dauer. Die Geschwüre werden gleichzeitig 1—2mal im Tag mit Alkohol, Salzsäure, Lösung von übermangansaurem Kali oder Carbolsäure bepinselt.

Anhangsweise mögen hier noch zwei sehr leichte Formen umschriebener geschwüriger Erkrankung bestimmter Stellen der Mundschleimhaut erwähnt werden.

1) Das Dentitionsgeschwür. Röser (Betz, Memorabilien 1857. Nr. 22), dann Roser (Arch. d. Heilk. II. 471) haben darauf hingewiesen, dass bei manchen Kindern unmittelbar nach dem Vortreten der unteren Schneidezähne am oberen Winkel, der Insertion des Frenulum linguae an die Zunge ein gelbgraues, rothumsäumtes Geschwür vorkommt, das nach 8—14 Tagen von selbst heilt. Röser sieht darin zugleich eine natürliche Abhilfe gegen zu straffes und zu weit nach vorne reichendes Frenulum, die dessen früher so oft geübte »Lösung« unnöthig mache.

2) Das Keuchhustengeschwür. Bei etwas über die Hälfte der an Keuchhusten erkrankten Kinder tritt im späteren Verlaufe des zweiten Stadiums, manchmal auch schon im Beginne Verschwärung am Bändchen oder seltener an anderen Stellen der unteren Seite der Zunge ein. Die Reibung der im Anfalle vorgestreckten Zunge an den Zähnen der unteren Reihe ist Grund davon. Stehen die Zähne regelmässig, so sitzt das Geschwür am Frenulum, ragt einer derselben besonders vor, so bedingt dieser seitlichen Sitz der Verschwärung an der unteren Zungenfläche. Heilt die Krankheit, so heilt das Geschwür von selbst.

V. Stomatitis gangraenosa. Noma.

Wangenbrand.

Ad. L. Richter: Der Wasserkrebs der Kinder. Berl. 1828.
J. Tourdes: Du noma ou du sphacél de la bouche. Diss. Strasb. 1848.
Löschner: Prag. Vierteljahrschr. 1847. III. 39.
v. Bruns: Die chirurg. Pathologie und Therapie des Kau- und Geschmacks-Organes Bd. I. p. 60.
A. Keiller: Ueber den Mundbrand der Kinder etc. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXXIX. p. 22.
Hirsch: Histor. geograph. Pathologie II. 176.
Giercke: Zur Casuistik des Noma. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. 267.

Bei blutarmen, herabgekommenen Kindern, viel seltener Erwachsenen, können sich brandige Zerstörungsprocesse entwickeln an den Anfängen der von Schleimhaut ausgekleideten Kanäle des Körpers, die von der Schleimhaut ausgehend rasch um sich greifen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Tode führen. Solche Gangränformen, die man als Brand der orificiellen Schleimhäute zusammenfassen könnte, sind beobachtet: am After (Morell), der Vulva, dem äusseren Gehörgange (Giercke) und dem Munde (Noma im engeren Sinne). Letztere Form, die längst beschriebene (nach Heusinger schon in einigen Strophen des Juvenal erkennbare), verbreitetste, entwickelt sich vorwiegend bei schlecht genährten, in kellerartigen Wohnungen erzogenen Kindern der Armen grosser Städte. Feuchte, fieberreiche Gegenden erhöhen die Disposition. Elende, durch Scrophulose oder sonst herabgekommene Constitutionen erleiden oft noch den entscheidenden Stoss durch acute Exantheme, so durch Masern, durch Typhus, Malaria, Dysenterie, Cholera, Pertussis, besonders wenn dabei mercurielle Behandlung eingeleitet wird. Eine gute Zahl von Nomafällen ist auf Rechnung von Kalomel und grauer Salbe zu schreiben. Von besonderem Interesse sind die zahlreichen Beispiele, die aus Stomatitis ulcerosa sich heraus entwickeln; sie stehen jenen parallel, die an chronische Entzündung des äusseren Gehörganges sich anschliessen. Mädchen erkranken etwas häufiger als Knaben (Tourdes): das Alter von 2—12 Jahren (v. Bruns) ist am ergiebigsten, doch werden auch Säuglinge nicht ganz verschont (Billiard u. A.). Jedes Jahr bringt Beschreibungen von Fällen dieser Krankheit bei Erwachsenen: sie scheint besonders nach Typhus, und beim Militair etwas häufiger als beim Civil vorzukommen. Ueberfüllte Kinderspitäler grosser Städte bilden einen Hauptbrütort der Noma, dieser

im Ganzen ebenso seltenen als trostlosen Krankheit. Nach überstandener Noma bleibt eine Constitution zurück, die zu nochmaligem Erkranken in der gleichen Weise disponirt; Fälle von wiederholter, selbst drittmaliger Noma bei demselben Kinde sind mehrfach mitgetheilt worden.

Den Beginn der Erkrankung bilden Vorläufer unbestimmter, wechselnder Art. Bei entkräfteten, durch Krankheit heruntergekommenen Kindern, besonders bei solchen, die schon an anderen Mundkrankheiten leiden (St. ulcerosa, mercurialis), beginnt die Erkrankung mit den örtlichen Veränderungen, in anderen Fällen können allgemeine, unbestimmte Vorboten vorausgehen. Die zum Brande führende Entzündung beginnt an der Schleimhaut einer, öfter der linken, Wange, viel seltener beiderseits oder an einer anderen Stelle der Schleimhaut. An dieser bildet sich ein helles Bläschen, nach dessen Platzen ein gelber nekrotischer Fleck, der sich rasch und Anfangs nur oberflächlich ausbreitet. Bald aber bildet sich eine verbreitete und ödematöse, sehr blasse, wachsartig durchscheinende Schwellung des Gesichtes, namentlich der leidenden Wange. An der dem Schorfe der Schleimhaut gegenüber liegenden Stelle erlangt die Geschwulst nach wenigen Tagen eine besondere Festigkeit, es bildet sich ein harter Kern in dem Gewebe zwischen Schleim- und äusserer Haut. Dieser ist zu raschem nekrotischem Zerfalle bestimmt, sobald von der Schleimhaut aus der Mortificationsprocess ihn erreicht hat. Die Ausbreitung des Brandes geschieht nun äusserst rapid, man kann fast von Stunde zu Stunde verfolgen, wie in grösserer Tiefe und Breite die Gewebe in eine schwarze, schlecht cohärente, fetzige, äusserst übelriechende Masse werwandelt werden. Namentlich von dem Zeitpunkte an, wo der Zerstörungsprocess bis an die äussere Haut vorgedrungen ist, findet ein lebhaftes Fortschreiten Statt. Er breitet sich dann auf Zahnfleisch und noch weitere Strecken in der Mundhöhle aus.

Bis zur Augenbraue, zur Haut des Halses, zum Nasenflügel schreitet die Zerstörung vor, falls das Leben lange genug andauert. Die Zunge kann eine theilweise Zerstörung erfahren, der Kiefer wird blossgelegt, und stirbt theilweise ab, während in der Umgebung osteophytische Wucherungen aufsprossen. Die Gangrän erscheint an der äusseren Haut als trockene, sie verleiht dieser eine schwarzbraune, lederartige Beschaffenheit. An der Schleimhautseite dagegen bilden sich weiche, gequollene, zunder- oder filzartige Schorfe von gelber oder grauer Farbe. Froriep hat darin Pilze

nachgewiesen, deren Inconstanz (v. Bruns) jedoch nicht annehmen lässt, dass sie eine wesentliche Rolle bei dem Krankheitsprocesse spielen. Auch im Blute der Nomakranken hat man neuerdings kleine bewegliche Körperchen gefunden (Sansom u. Fay). Stärkere Blutungen treten selten auf. Man fand bei den Sectionen die Blutgefässe, Nerven und den Stenon'schen Gang innerhalb der gangränösen Masse wohl erhalten (Rilliet und Barthez), oder die Gefässe am Beginne des Brandigen wie abgeschnitten, aber stark verengt endend, die Venen auch hie und da thrombosirt, (v. Bruns). Der Athem der Kranken erhält eine beständige Beimengung äusserst stinkender Gase, die ganze Mundhöhlenauskleidung wird gereizt und entzündet. Der jauchige Speichel, mit nekrotischen Fetzen untermengt, fliesst reichlich über die klaffenden und geschwollenen Lippen. In diesem Zustande, mit halb zerfressenem Munde, von pestartigem Gestanke umgeben, sind die Kinder oft noch munter, spielen und essen, scheinen weder an Fieber, noch an besonderer Schwäche zu leiden. Der gewöhnliche, fast unzertrennliche Begleiter der Noma, der zumeist den schlimmen Ausgang direct vermittelt, ist die pneumonische Infiltration. Diese erfolgt in Form lobulärer Heerde, oft mit Tendenz zur eitrigen Schmelzung des Exsudates und des von ihm durchsetzten Gewebes, oder geradezu mit Uebergang in Gangrän. Es ist anzunehmen, dass das Hereingelangen jauchiger Flüssigkeit in die Luftwege diese Entzündungen bedingt. — In dieser späteren Zeit, wo die Respirationsorgane in secundärer Weise erkranken, wo die Zerstörung oft eine ganze Gesichtshälfte befällt und öftere oder anhaltende Fieberbewegung, beschleunigter Puls, Durst, Hitze der Haut sich einstellen, schwindet die frühere Munterkeit, die Euphorie der Kranken, und macht zumeist einer tiefen Depression, einem allmählichen Siechthum Platz, das sich durch Verlust des Appetites, Diarrhöen, Abmagerung, Oedem der untern Extremitäten zu erkennen gibt. Dieser Entkräftungsprocess, manchmal auch früher schon besondere Zwischenfälle, führen das schlimme Ende herbei. Die Diagnose ist überaus leicht, die Prognose durchweg ungünstig, indem nur sehr wenige Erzählungen von geheilter Noma in der Literatur existiren. Diese Heilung kann eine vollständige sein, wenn sie frühzeitig eintritt; ist die Zerstörung im Munde schon ausgebreiteter, so hinterlässt sie auch im günstigsten Falle schwer zu beseitigende Verwachsungen innerhalb der Mundhöhle.

Unter den von Bruns gesammelten 413 Fällen sind 123 Hei-

lungen, somit berechnet sich eine Mortalität von 70%. Allein es werden mehr Heilungen als Todesfälle veröffentlicht; kleinere Statistiken, die sich auf das ganze Material eines Beobachters gründen, geben meistens ein noch schlimmeres Resultat, so bei Gierke 18 Todesfälle, 3 Heilungen.

Zur Verhütung der Noma wird es beitragen, wenn die Mercurialverschwendung in Kinderkrankheiten ausser Gebrauch kommt. Ich denke, es ist abschreckend genug, wenn man liest, wie ein Kind durch weisse Präcipitatsalbe von Krätze befreit, dafür in Wangenbrand verfiel (A. Günther). Hebung des Volkswohlstandes und der öffentlichen Gesundheitspflege werden freilich noch mächtiger auf Verdrängung dieser scheusslichen Krankheit hinwirken können. Die allerdings nicht zahlreichen Fälle, die aus St. ulcerosa hervorgehen, lassen sich sicher dadurch vermeiden, dass frühzeitig neben reichlicher Ernährung auf genügende Dosen von Kali chloricum Bedacht genommen wird. Die Kranken sind schon aus Rücksicht auf andere zu isoliren, ihre Zimmer gut zu lüften, durch Aufstellen frisch geglühter Kohle, Besprengen mit Terpentinöl oder dergl. in der Zwischenzeit geruchfrei zu erhalten. Die Kranken müssen mit Wein, Bier, Fleisch, Milch, Eiern, soweit sich irgend Appetit zeigt, genährt und gestärkt werden. Unter Umständen können Peptonklystiere von Nutzen sein. Von den gleichen Indicationen ausgehend, wendet man tonisirende Arzneimittel an, vorzüglich Eisen und Chinin. Zur örtlichen Behandlung eignen sich im Beginne vorzüglich die stärkeren Caustica: Mineralsäuren, Höllenstein, Antimonbutter, Arsen, das Glüheisen. Man sucht durch dieselben das absterbende, vorzüglich das der Nekrose entgegengehende Gewebe zu zerstören, um eine reine Geschwürsfläche zu gewinnen. Hat das brandige Geschwür einen grösseren Schleimhautbezirk zerstört, so nützen fortgesetzte Cauterisationen ebenso wenig, als die jetzt allseitig als nachtheilig erkannten Incisionen des Geschwürsgrundes. Dagegen sind dann desinficirende und umstimmende Mittel am Platze: das Kreosot (Löschner), Holzessig, Carbolsäure, übermangansaures Kali, Wasserstoffhyperoxyd.

VI. Angina.

Pharyngitis acuta. Mandelentzündung.

Bei manchen Personen besteht eine besondere Geneigtheit zu acuten Entzündungen der Rachenorgane, ja es soll diese Prädispo-

sition hereditär sein. Gewiss ist, dass einmalige Entzündung dieser Organe eine Neigung zur Wiederkehr derselben Erkrankung zurücklässt. Selten sind es directe Verletzungen, welche diesen Entzündungen zu Grunde liegen, z. B. solche, die durch heisse oder reizende Speisen, durch mitverschluckte eckige oder spitze Körper zu Stande kommen; am gewöhnlichsten entstehen die primären Formen im unmittelbaren Gefolge einer Erkältung. Die secundären Anginen aber hängen besonders mit Scarlatina, Morbilli und gewissen Larynxkrankheiten zusammen. Wo hie und da mit Bronchitis, Pneumonie, Typhus etc. Anginen zusammentreffen, dürfte nicht immer ein sehr inniger Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen anzunehmen sein. Wenn wir diese secundären Anginen als ganz der Hauptkrankheit untergeordnete Leiden übergehen, so finden wir bei den übrigen den stechenden Schmerz beim Schlingen, die Störungen des Gehörs, Röthe und Schwellung des Organes, die Athmungsbeschwerden, die oft mit Frost beginnenden Fiebererscheinungen gewöhnlich bei Erwachsenen, wie bei Kindern, im geraden Verhältnisse zu der Intensität der Entzündung und der Dauer ihrer Zunahme stehend. Allein gerade diese Fieber-Symptome machen bei Kindern und auch noch bei jenseits des Kindesalters stehenden jugendlichen Individuen hie und da Ausnahmen von der erwähnten Regel, indem ihre Grösse sich zu der Geringfügigkeit der örtlichen Entzündungserscheinungen in auffallendes Missverhältniss stellt. So kommt es vor, dass Kinder, die nur in geringem Grade an Schmerz im Halse leiden, die nur auf directe Fragen darüber klagen, die ziemlich gut schlingen, nach vorausgegangenem Froste und bisweilen spontanem Erbrechen heftigen Kopfschmerz bekommen, harten vollen Puls, angehaltenen Stuhl, betäubtes Wesen, Delirien und im frühen Kindesalter selbst Krampfanfälle. Das Gesicht ist dabei lebhaft geröthet, die Haut heiss und trocken, die Conjunctiva glänzend, stark injicirt, Lippen und Zunge trocken, der Athem häufig etwas erschwert. Der Appetit liegt völlig darnieder, um so lebhafter ist der Durst. Solche Fälle können leicht, wo der Rachen nicht untersucht wird, oder wo die geringen entzündlichen Erscheinungen am Rachen nicht genügend gewürdigt werden, für beginnende acute Exantheme, Typhen, Pneumonieen gelten. Namentlich zur Zeit der herrschenden Scarlatina dürften diese Anginen sehr schwer von der sogenannten Scarlatina sine exanthemate zu unterscheiden sein. Die Befürchtungen, welche durch diese Erkrankungen entstehen, gehen in der Regel sehr rasch vorüber; eine leichte Ableitung auf den Darm, eine

ruhige Nacht, einige Stunden Transpiration genügen, um die eigentlich anginösen Beschwerden zu demaskiren und in ihr Recht treten und die Scene allein beherrschen zu lassen. Auch Nasenbluten, so häufig im Beginne schwererer acuter Krankheiten, kann sich während der kurzen Zeit (meist 1—3 Tage) dieser Fieber- und Hirnerscheinungen mehrmals wiederholen. Angesichts dieser Thatsachen ist wohl der Rath nicht überflüssig, niemals bei in ihrer Begründung nach unbestimmten Fieberzuständen jugendlicher Individuen die Besichtigung des Rachens zu versäumen. Sie gehört zu jeder vollständigen Krankenuntersuchung. Der gewöhnliche so zu sagen legitime Verlauf der Krankheit ist so, dass leichte Halsschmerzen den Anfang machen. Ein Gefühl von Kratzen, Trockenheit oder Rauhheit im Rachen belästigt im Beginne noch wenig. Dann tritt ein ganz ordentlicher Fieberfrost hervor. Starke Eingenommenheit des Kopfes, Nasenbluten, Erbrechen können damit auftreten. Das Schlucken ist mit sichtlichem Schmerz verbunden. Der Rachen zeigt sich geröthet, die Mandeln treten stark gegen die Mittellinie vor, die Oberfläche zeigt hie und da kleine gelbe Punkte, die Lymphdrüsen am Kieferwinkel sind als kleine Geschwülste von aussen zu fühlen. Die Temperatur erreicht am ersten Tage eine wechselnde Höhe von 38— über 40° um in den 2—4 nächsten Tagen mit allen übrigen Erscheinungen einen mitunter durch neue kleine Steigerungen unterbrochenen langsamen Abfall zu machen. Mit der Beendigung des Verlaufes erscheint mitunter ein reichlicher Ausbruch von Herpes-Gruppen, dem insoferne keine kritische Bedeudeutung zukommt als er von dem anfänglichen Froste und nicht von der schliesslichen Entfieberung abhängig ist.

Die Prognose ist sehr günstig, indem direct und schnell tödtliche Fälle, wie deren von Rilliet und Barthez einer, von Bamberger zwei erwähnt werden, äusserst selten sind und auch Uebergang in andere gefahrdrohende Krankheiten, wie Oedema glottidis, Gangrän des Rachens nur unter besonderen ungünstigen Umständen beobachtet wird. Wo jedoch schon öfter Anginen vorausgingen, ist das Zurückbleiben hypertrophischer Mandelgeschwulst zu fürchten. Der Uebergang in Eiterung erfolgt oft in der unschädlichsten Weise so, dass an der Oberfläche sich — besonders bei den Rachenentzündungen acuter Exantheme — zahlreiche, nur hanfkorngrosse, oberflächliche Eiterpunkte bilden. Tiefergelegene, grössere Eiterheerde können die Grösse der Beschwerden und ihre

Dauer erheblich steigern, doch sind auch sie bei geeigneter Behandlung nicht sehr zu fürchten.

Die Behandlung primärer Anginen ist im Beginne bei heftigen Allgemeinerscheinungen eine gelind antiphlogistische: Leichte Abführmittel, kalte Umschläge auf den Kopf und Hals genügen, Blutegel an die Process. mastoidei oder den Hals können kaum soviel nützen als sie zu schaden vermögen. Die Rachenentzündung selbst lässt sich ohne Zweifel im Anfange manchmal coupiren, wo die Kranken schon verständig genug sind, um zu fleissigem Gurgeln mit sehr kalten oder adstringirenden Flüssigkeiten angehalten werden zu können. Auch später noch bewirken oft kräftige Entleerungen des Darmkanals durch Brech- oder Abführmittel rasche Abschwellung der erkrankten Theile. Im Falle beides misslingt oder aus bestimmten Gründen nicht angewendet werden kann, sind im weiteren Verlaufe erweichende, schleimige Gurgelwasser, Kataplasmen auf den Hals, leicht diaphoretische oder ableitende Mixturen zu reichen, bei bedeutender Hyperämie die Tonsillen zu scarificiren, die nach Beendigung des eigentlichen Entzündungsprocesses vielleicht rückständige schlaffe, schmerzlose Schwellung der Mandeln mit adstringirenden Gurgelwassern oder, wo das Gurgeln noch nicht erlernt ist, mit örtlichen Applicationen von Alaun, Calcar. chlorat., Nitras argenti in Substanz oder Lösung zu behandeln. Eiterheerde sind frühzeitig zu eröffnen. Während der Halzentzündungen ist Ruhe, Diät und warmes Verhalten, Vermeiden aller Zugluft, Beförderung der Transpiration etc. sehr zu empfehlen, ebenso aber auch nach Ablauf derselben, um Recidiven vorzubeugen, Abhärtung durch kalte Waschungen und Bäder. Bettliegen, kalter Umschlag um den Hals, Kali chloricum innerlich und wo möglich auch zum Gurgeln sind die in den meisten Fällen ausreichenden Mittel.

VII. Tonsillitis parenchymatosa.

T. phlegmonosa, suppurativa. Eiternde Mandelentzündung.

Diese Krankheit kommt bei Erwachsenen häufiger als bei Kindern, bei diesen häufiger gegen die Grenze des Kindesalters hin vor. Sie wiederholt sich bei den einmal Betroffenen öfter, doch liegen zwischen den Rückfällen meist Monate oder Jahre. Erkältungen geben meistens die Gelegenheit zu ihrem Ausbruche: sie beginnt

mit einem Frost, dem heftige Schmerzen im Hals sich anreihen, die beim Schlucken zum Unerträglichen sich steigern. Der Schmerz ist meist einseitig stärker, strahlt ins Ohr aus und steigert sich beim Oeffnen des Mundes. Nachdem das Fieber, das bei kleineren Kindern äusserst heftig werden und sich mit Hirnerscheinungen verbinden kann, eine halbe Woche oder etwas darüber gedauert hat, erfolgt Entfieberung oder doch starke Remission, die örtlichen Beschwerden aber, namentlich die Schwierigkeit im Oeffnen des Mundes und der Schmerz beim Schlucken steigern sich fortwährend. Die Zähne können kaum mehr auf Fingerdicke von einander entfernt werden, an Nahrungsaufnahme ist kaum mehr zu denken, der reichlich abgesonderte Speichel wird ausgespuckt oder fliesst aus dem Munde aus. Schwerhörigkeit und Athmungsbeschwerden treten häufig hinzu. In den nächsten Tagen steigt das Fieber wieder und erreicht oft eine ziemliche Höhe. Die Besichtigung des Rachens, wo sie möglich ist, zeigt verbreitete Röthung und Schwellung der Theile, besonders starke kugelige Schwellung in der Gegend der Mandel der einen Seite. Von hier aus ist der vordere Gaumenbogen nach Vorn, das Zäpfchen nach der anderen Seite getrieben, das Gaumenthor verengt und häufig auch der Rachenraum eingeschränkt. Wo die Besichtigung nicht möglich ist, fühlt der eingeführte Finger den weichen Gaumen auf der einen Seite vorgetrieben und fluctuirend, oder die Vorwölbung findet an der Innenseite der Mandel Statt und ist der Uvula zugewendet. Dabei haftet zäher Schleim den Rachenorganen reichlich an und der Schlingact ist so erschwert, dass der Kranke bei jedem Versuche dazu das Gesicht schmerzlich verzieht. Seltener wird auch das Athmen beeinträchtigt und gibt sich als solches in Form von Orthopnöe, Stickanfällen oder tönendem Athmen zu erkennen.

Anfangs der zweiten Woche (oft bei demselben Kranken wieder am gleichen Krankheitstage, am 8., 9., seltener 7., 11.) eröffnet sich der Abscess spontan, reichlicher Eiter und etwas Blut fliessen in den Mund oder Rachen des Kranken, das Fieber fällt von Stunde an ab, der Mund kann sofort weiter geöffnet werden, das Schlucken erfolgt leicht, die Reconvalescenz vollzieht sich rasch, wenn auch während der nächsten Tage noch etwas Eiter aus der Perforationsöffnung aussickert. Die gefürchteten Ausgänge: Erstickung durch Pharyngostenose, durch Ueberschwemmung des Larynx bei nächtlicher Eröffnung des Abscesses, Eitersenkung am Halse, Arrosion grosser Gefässe sind so überaus selten, dass man getrost, wo nicht

besondere Symptome auftreten, die spontane Eröffnung des Abscesses bis zum Ende der zweiten Woche abwarten kann.

Die Krankheit ist aus den Fieberverhältnissen, der langen Dauer, namentlich aber dem Resultate der Besichtigung oder Betastung der Rachenorgane leicht zu erkennen und von anderen Anginaformen sowie von Retropharyngealabscessen zu unterscheiden.

Bei der Eröffnung von Tonsillenabscessen findet man den Eiter auffallend oft übelriechend. Grosse Tonsillen, die wie ein Polster vorstehen und durch vorübergehende festere Speisetheile leicht geritzt werden, in deren weiches Gewebe sich Fischgräten und Knochensplitter einspiessen, in deren weite Lacunen sich Speisereste hineindrücken und zu käsigen Pfröpfen sammeln, bilden das prädisponirende Moment. Sieht man von den selteneren traumatischen Fällen ab, so verhält sich die suppurative Tonsillitis der Akne vulgaris sehr analog in ihrer Entstehungsweise. Dort ein Pfropf von Sebum, hier von Speiseresten: entzündliche Schwellung der umgebenden Gewebe gelegentlich einer Erkältung oder eines örtlichen Reizes, Abschliessung des Follikels durch diese Schwellung, Uebergang der Entzündung in Eiterung, wobei der käsige Pfropf die Gährungserreger liefert für den fauligen Eiter. Man kann oft die Entwickelung dieser den Kranken wohlbekannten Entzündungsform im Beginne abschneiden, indem man mit der Hohlsonde in die Lacunen, aus welchen Pfropfenden vorstehen, eingeht und ausräumt. Bei Leuten mit Neigung zu Tonsillitis suppurativa, d. h. mit Pfröpfen in den erweiterten Lacunen der Tonsillen, vermag eine andere Form von Mandelentzündung, z. B. diphtheritische, jene zu erregen, so dass unter den diphtheritischen Membranen in äusserst schmerzhafter Weise der Abscess sich bildet.

Die Behandlung hat im Beginne die Entzündung zu bekämpfen, wo es angeht, durch Entfernung des Entzündungsreizes, des käsigen Pfropfes, wo dies nicht angeht, durch kalte Gurgelungen, kalte Umschläge um den Hals, etwa noch Abführmittel. Die früher gebräuchlichen Mittel: Blutegel oder Breiumschläge aussen am Halse, Brechmittel, Specifica innerlich, sind meistens verlassen. Von Letzteren wird bisweilen noch das Guajakharz und die Tinct. Pimpinellae empfohlen. Zur Zeit der Abscessbildung bedarf man gleichfalls oft noch der Kälte, um die entzündliche Schwellung der benachbarten Theile hintan zu halten, ausserdem der narkotischen Gargarismen. Ist der Schmerz beim Schlingen sehr heftig oder tritt Athemnoth hinzu, so ist der Abscess, wo er

sich findet, zu eröffnen, andernfalls die Scarification der Tonsillen zu machen. Meistens kann die spontane Eröffnung des Abscesses abgewartet werden, hie und da genügt es, eine dünne Sonde in die nächst dabei gelegene Krypte zu führen, um von da aus in den Abscess zu stossen und ihn so in einen natürlichen Kanal zu leiten. Andern Falles muss auf dem Zeigefinger das bis gegen die Spitze hin mit Leinwand oder Heftpflaster umwickelte Bistouri flach eingeführt und mit der Spitze in den Abscess hereingedrückt werden. Central in der Tonsille gelegene oder ihrer Rückseite angehörige Abscesse setzen der Eröffnung besondere Schwierigkeiten entgegen. Gurgeln mit lauem Wasser oder Thee in den nächsten Tagen genügt, um vollends Heilung herbeizuführen.

Zur Verhütung der Wiederkehr der Krankheit kommen in Betracht: 1) Die Excision der Tonsillen. 2) Gurgeln mit kaltem Wasser nach jeder Mahlzeit. 3) Oefteres Einführen von Jodkaliumkrystallen in die weiteren Lacunen erregt Entzündung und Schrumpfung ihrer Wände. Ich glaube, durch die beiden letzteren Methoden mehrjähriges Ausbleiben sonst häufiger T. suppurat. erzielt zu haben bei einigen Kranken.

VIII. Hyperplasie der Tonsillen.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 612.
J. Ph. E. Brun: Des tumeurs des amygdales. Par. 1866.
Morell Mackenzie: On some formes of dysphagia. Medic. times a. g. 1866. March 3.
Ad. Schmidt: Zur Aetiologie des Asthm. bronch. D. Zeitschr. f. prakt. Med. 34. 1877.

Chronische Entzündung der Mandeln geht aus öfteren acuten Entzündungen hervor, oder entwickelt sich von Anfang an als solche. Ihre Entstehung wird durch Scrophulose begünstigt. In manchen Familien ist sie hereditär, häufiger noch darf man annehmen, dass mehrere Kinder eines Hauses wegen gleichmässig auf sie einwirkender Schädlichkeit, namentlich wegen fehlerhafter Beschaffenheit der Nahrung und der Stubenluft, die sie zu andauernd einathmen, daran erkranken. Manchmal schien es mir, als ob die letzten Ausläufer elterlicher Syphilis in dieser Form repräsentirt seien; meist sind es blonde, blasse, schwächliche Kinder mit gedunsenem Gesichte, ängstlichen Zügen, mit etwas vorspringendem Augapfel, steifen, behinderten Bewegungen des Halses, gewohnt, durch den offenstehenden Mund zu athmen. Hat man dieses Bild erkannt, so

bedarf es nur noch weniger, mit gestopfter Nasenstimme gesprochener Worte, um der Sache sicher zu sein. Bei der Besichtigung des Rachens findet man bis taubeneigrosse, blasse, an der Oberfläche vielfach grubig vertiefte Geschwülste, die von beiden Seiten zwischen den Gaumenbogen vorragen, deren untere Begrenzung oft erst bei tiefstem Niederdrücken der Zungenwurzel gesehen werden kann. Sie können sich einander soweit nähern, dass sie das Zäpfchen zwischen sich einklemmen und nur einen schmalen Spalt zwischen Uvula und Zungenwurzel übrig lassen; andrerseits verlegen sie den grösseren Theil des Rachenraumes und drängen den weichen Gaumen nach Vorne. Sie bestehen aus Bindegewebe und stärker entwickelten, um die Krypten oder Taschen des Organs herum gelegenen Lymphfollikeln. In dem Bindegewebe greift bisweilen Verknöcherung oder Verknorpelung Platz, in den Taschen finden sich käsige, aus zurückgehaltenem Epithel und hineingerathenen Speiseresten entstandene Pfröpfe.

Solche Mandelgeschwülste sind regelmässig verknüpft mit Anschwellung der hintersten submaxillaren Lymphdrüsen und der obersten jugularen. Diese harten, bohnengrossen Geschwülste am Kieferwinkel werden von den Angehörigen weit früher bemerkt, als die eigentliche Ursache, die Erkrankung der Mandeln, von der sie ihrer Entstehung und Dauer nach vollständig abhängig sind. Druckwirkung der geschwollenen Tonsillen auf die innere Drosselader ist der Lage nach unwahrscheinlich, doch mögen gedunsenes Aussehen des Gesichtes und Schläfrigkeit der Kranken hie und da in solcher Weise erklärbar sein. Die Vergrösserung der Tonsillen erfolgt hauptsächlich nach Innen, in geringerem Maasse nach Unten und Hinten. Daraus erklären sich die functionellen Störungen. Sie betreffen das Schlingen, die Athmung und das Gehör. Das Schlucken erfolgt wegen der Verengerung des Isthmus langsamer und ist für grössere Bissen erschwert. Die Athmung wird gleichfalls beengt, es tritt ein habitueller Zustand von Dyspnöe ein, dessen sich die Kranken nicht bewusst werden, der sich in ihrem ängstlichen Gesichtsausdrucke ausspricht, noch mehr darin, dass der Brustkorb sich schlecht entwickelt, eng und flach bleibt. Von Norman Moore werden ausdrücklich tellerartige Vertiefungen am unteren Theile des Sternum's beschrieben, die nach Entfernung geschwollener Tonsillen sich ausgleichen. Aus ungenügender Sauerstoffzufuhr und Kohlensäureanhäufung im Blute erklärt sich die Muskelschwäche und Mattigkeit der Kranken. Lange sah Emphysematiker in com-

primirter Luft messbar an Muskelkraft gewinnen. Die Kranken sind wegen der Verengerung des Rachenraumes durch die Vorragung der Mandeln nach Rückwärts genöthigt, durch den Mund zu athmen. Wenn im Schlaf das Gaumensegel erschlafft, wird es schlotternd zwischen den Mandeln hin- und hergetrieben und erzeugt in hohem Grade das Geräusch des Schnarchens. Indem die Kranken durch den Mund athmen, werden nicht die Räume und Vorsprünge der Nasenhöhle für die Vorwärmung und Reinigung der Athmungsluft verwendet, sondern das Gaumensegel, die Mandeln selbst und die hintere Rachenwand. Dadurch werden Rachenkatarrhe unterhalten, die zu fortdauerndem schleimigem Beleg der Theile, zu öfterem Räuspern Veranlassung geben, wohl auch zum Eindringen von Schleim durch die noch weite Tubenmündung und die wiederum die Anschwellung der Mandeln ihrerseits unterhalten. Wegen der beschränkten Communication zwischen oberem und unterem Abschnitt der Rachenhöhle wird die Stimme zur gestopften Nasenstimme. Rachenkatarrh, der sich auf die Mündung der Tuba fortsetzt, und die Rückwärtswölbung der Mandeln selbst beschränken die Ausgleichung der Spannung der in der Paukenhöhle enthaltenen Luft. Daher die Schwerhörigkeit dieser Kranken. Schliesslich sei noch erwähnt, dass chronische Mandelgeschwülste besonders geeignet und geneigt sind, durch den Reiz der in den erweiterten Lacunen sich bildenden Pfröpfe zur Abscessbildung geführt zu werden, und ferner das eingeathmete diphtheritische Contagium an ihrer Oberfläche haften und zur Wirkung kommen zu lassen. Bouchut beschrieb eine Tonsillitis caseosa chronica, bei der weissliches Exsudat an den Lacunen der Tonsillen festsitzt, bei langem Bestehen selbst knorpelhart wird. Es besteht aus Epithel, Fett und Cholestearinkrystallen und ist durch den Spatel mechanisch loszulösen.

Die Beseitigung der Krankheit ist leicht. Ihre Vornahme duldet um so weniger Aufschub, als zu erwarten steht, dass jede hinzutretende frische Mandelentzündung, sei es eine einfache diphtheritische oder suppurative, einen erschwerten Verlauf nehmen werde. Zur Beseitigung können etwa folgende Methoden verwendet werden: Tägliches Einreiben von Alaunpulver mittelst der befeuchteten Fingerspitze auf die Oberfläche der Geschwulst, Betupfen der Mandeln mit einer Mischung von Aetzkalk und kaustischem Natron aa (Pasta londinensis) je nach einigen Tagen (Morell Mackenzie), Einimpfen von Chromsäurekrystallen (Lewin). Ich bediene mich seit lange der Einimpfung von Jodkaliumkrystallen in die Lacunen oder

in kleine Einstichsöffnungen. Je nach einigen Tagen werden 3—9 solcher Krystalle mittelst einer Knopfsonde in die Lacunen oder wo solche nicht genügend zur Verfügung stehen in kleine mittelst einer Staarnadel angelegte Einstichsstellen hineingestossen. Nachtheile habe ich nie davon gesehen, wohl aber manchmal ziemlich gründliche Beseitigung des Uebels. Alle diese Methoden müssen mehrere Wochen hindurch fortgesetzt werden und geben auch dann keinen ganz zuverlässigen Erfolg. Gurgelwasser und Einathmungen pflegen ziemlich wirkungslos zu sein. Am Sichersten und Raschesten hilft das Ausschneiden der Mandeln, d. h. des vorragenden Theiles derselben entweder mittelst des geknöpften Bistouris und der Hackenzange, oder einer der zahlreichen Verbesserungen oder Vereinfachungen des Fahnestock'schen Instrumentes. Auch da darf man sich nicht zu sehr auf die Dauer des Erfolges verlassen. Ich habe eine Dame an acuter Mandelentzündung mit Diphtheritis und Abscess behandelt, der im Lauf der Jahre zweimal von berühmten Chirurgen die Mandeln exstirpirt worden waren. Wer zu gründlich verfahren und die ganze Mandel herausnehmen will, riskirt eine mitunter recht ernsthafte Blutung, wer zu viel von dem erkrankten Gewebe stehen lässt, muss erwarten, dass es aufs Neue hypertrophirt und als Mandelgeschwulst beschwerlich wird. Gewöhnlich jedoch bewirkt die Excision rasche Heilung nicht allein der Rachenerkrankung, sondern auch der benachbarten Lymphdrüsenschwellung. Sie kann um so ruhiger angerathen und vorgenommen werden, da sie im Kindesalter weniger leicht Blutungen zur Folge hat, als bei Erwachsenen.

IX. Lupus pharyngis.

Angina scrophulosa, Pharyngo-Laryngitis scrophulosa.

L. Türck: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1872. S. 425.
Isambert, C. Paul, Desnos in Union med. 1872.

Bei phthisischen Kindern finden sich bisweilen wie bei Erwachsenen seichte Geschwüre an der seitlichen Rachenwand vor, die in Form gelbbelegter, buchtiger Streifen von dem Kehlkopfseingange her aufsteigen. Bei Scrophulösen sind chronische Hyperplasieen der Tonsillen ein sehr häufiger Befund.

Von diesen Affectionen ist leicht zu unterscheiden, dagegen manchen spätzeitigen Syphilisformen des Rachens ungemein ähnlich der Lupus des Rachens. Er stellt eine zellenreiche Neubildung dar,

die an diesem Orte sicher in Verschwärung übergeht und eine langsame aber gründliche Zerstörung der befallenen Weichtheile bewirkt. Er beginnt an der Basis der Uvula oder der hinteren Rachenwand und breitet sich von da in die Fläche und Tiefe aus. Von der Uvula aus durchbohrt er den weichen Gaumen und verschont, trotzdem die Oeffnung sich vergrössert, längere Zeit die Gaumenbogen und Tonsillen. Von der hinteren Rachenwand aus wandert er einerseits nach den Choanen, anderseits nach abwärts auf den Kehldeckel über, spaltet oder zerstört diesen oft bis zur Basis und greift erst dann auf die Aryepiglottischen Falten und die Taschenbänder weiter. Diese Geschwüre zeigen schlaffe, ödematöse Ränder, die seicht abfallen nach dem schmutzig grünen, körnig und zackig unebenen Grunde. Tritt gänzliche oder öfter partielle Heilung ein, so bilden sich derbe vorspringende weissliche Narben. Die Krankheit tritt oft mit Lupus der Haut, vorwiegend des Gesichtes und hier wieder besonders der Nase zusammen auf. Sie findet sich meist bei ausgesprochen scrophulösen Personen vor. Neben anderen Drüsenanschwellungen finden sich oft starke Drüsengeschwülste am Halse vor. Schmerz erregt sie meist in so geringem Grade, dass viele erst nach mehrjährigem Bestande des Uebels zur Behandlung kamen. Auch die Störung der Function pflegt bei diesen torpiden Individuen nicht sehr hervorzutreten. Die Krankheit findet sich im frühen Kindesalter noch nicht, erreicht zwischen 11. und 15. Jahre ihre grösste Häufigkeit und kommt von da bis zum 45. Jahre noch vor. Sie war bisweilen eingeleitet durch eine acute Rachenentzündung, bisweilen durch besondere Entbehrungen oder Anstrengungen anscheinend veranlasst.

Die Prognose ist günstig, wenn zeitig eine stärkende Allgemeinbehandlung eingeleitet wird, z. B. durch Leberthran, Jodeisen und örtlich in energischer Weise die Neubildung durch Aetzmittel zerstört wird, namentlich durch Höllenstein in Substanz. In diesem ziemlich sicheren therapeutischen Erfolge liegt den tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen gegenüber eine wichtige Bestätigung der Diagnose. —

X. Retropharyngeal- und Retroösophageal-Abscess.

Romberg und Henoch: Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berl. 1851. p. 120.

v. Bamberger: Unterleibskrankheiten in Virchow's Handbuch Bd. VI. 2. Aufl. S. 72.

Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge. Berl. 1868. p. 268.

E. P. Gilette: Des abscès rétropharyngiens idiopathiques. Par. 1867.
J. Bokai: Retropharyngealabscesse bei Kindern nach 144 eigenen Beobachtungen und über Lymphadenit. retrophar. nach 43 eigenen Beobachtungen. Jahrb. d. Kdrhlkde. X. S. 108.

Das fettarme Bindegewebe, das die hintere und seitliche Wand des Pharynx umgibt, wird nicht selten der Sitz von Eiteransammlungen, die die Rachenhöhle verengen, und sowohl den Durchgang der Speisen, als auch den respiratorischen Luftstrom auf diese Weise behindern. Diese Eiterungen entstehen bald an den Halswirbeln oder deren Bandapparat und senken sich von da aus als Congestionsabscesse hinter den Rachen, oder sie bilden sich während des Verlaufes pyämischer Krankheiten an Ort und Stelle, oder endlich sie treten unabhängig von solchen schweren Erkrankungen auf. Dies sind die sog. idiopathischen Retropharyngeal-Abscesse. Sie bilden Anfangs flache, von Oben nach Unten längliche Vorwölbungen der gerötheten Schleimhaut, die, seitwärts beginnend, nach einiger Zeit sich rasch gegen die Mittellinie hin und über diese hinaus vergrössern, so dass sie nun die ganze hintere Rachenwand in einer gewissen Höhe vorstülpen und die Grösse einer Haselnuss bis eines Taubeneies erlangen. Ihr Sitz kann von der Schädelbasis bis zum 6. Halswirbel herab jede Stelle sein. Die von hier an hinter dem obersten Theile des Oesophagus auftretenden Abscesse haben die gleiche Bedeutung, wie jene hinter dem Rachen und weichen nur in wenigen Zeichen davon ab. Die Annahme von Vernoeil hat viel Ansprechendes, der zufolge viele dieser idiopathischen Abscesse durch Vereiterung der retropharyngealen Lymphdrüsen entstehen. Diese Drüsen liegen in der Höhe des Epistropheus meistens zu zweien seitlich, seltener ist nur eine vorhanden, und dann meist rechts gelagert. Zahlreiche Lymphgefässe führen aus dem Rachen zu denselben hin. Form und Sitz des Abscesses in den wenigen schon zu Anfang der Erkrankung beobachteten Fällen entsprachen dem Verhalten dieser Lymphdrüsen. Die Periode des rascheren Wachsthums gegen die Mittellinie hin fällt in die Zeit des Durchbruchs des Eiters durch die Hülle der Lymphdrüse und seiner Verbreitung in dem benachbarten lockeren Bindegewebe. Der Abscess, sich selbst überlassen, kann die Rachenwand durchbrechen und zur Heilung gelangen, durch Erstickung tödten oder seltener nach dem Rückenmarkskanal durchbrechen, oder sich nach dem Pleurasacke oder dem Mittelfellraum senken, oder endlich aussen am Hals zum Vorschein kommen.

Der dritte Theil der Fälle etwa, die zur Beobachtung kommen, betrifft das Kindesalter, das besonders zwischen 1 und 5 Jahren stark gefährdet zu sein scheint. Scrophulöse sind nicht allein von den secundären, von Halswirbelkrankheiten abhängigen Formen besonders oft heimgesucht, sondern zeigen auch eine gewisse Neigung zu der als idiopathisch bezeichneten Art der Krankheit. Ausserdem sind Kinder, die an Rachitis, Tuberculose oder Rheumatismen leiden, dieser Entzündung mehr ausgesetzt. Als nächste Veranlassungen werden bisweilen Verbrühungen, Steckenbleiben von Fremdkörpern (namentlich einige Male Geldstücke), gewöhnliche, diphtheritische und syphilitische Rachenentzündungen bezeichnet. Auch nach Typhus und Variola, sowie Pneumonie kommt Retropharyngealabscess vor.

Die Symptome sind Anfangs, so lange der Abscess sich noch nicht gebildet hat, diejenigen einer intensiven Rachenentzündung: Schmerz im Halse, erschwertes Schlucken, behinderte Bewegung des Kopfes, Heiserkeit, verschieden starkes Fieber, Brechneigung, Wiederauswürgen des Genossenen durch Mund und Nase, bei kleinen Kindern Verweigern der Nahrung. Diese Symptome treten in einem im Vergleich zu der bemerkbaren geringen Röthe des Rachens unverhältnissmässigen Grade auf. Hat der Abscess sich gebildet und wird dadurch der Rachenraum in der Richtung von Hinten nach Vorn verengt, so wird das Schlingen immer mehr erschwert. Schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes begleitet den Versuch dazu, und Fehlschlucken mit Hustenanfällen ist häufig die Folge. Selbst der Speichel wird nicht mehr geschluckt und läuft, mit reichlich abgesondertem Schleim vermengt, aus dem Munde. Säuglinge nehmen die Brust nicht, oder lassen sie mit schmerzhaftem Gesichtsausdrucke wieder los. Der Athem wird beengt, laut hörbar, von Rasseln oder Zischen begleitet. Obwohl zeitweise beim Schlingen, oder wenn Speichel im Schlafe sich ansammelt, eigentliche Erstickungsanfälle eintreten, ist doch im Ganzen die Athemnoth gleichmässiger andauernd, als bei den meisten stenosirenden Kehlkopfskrankheiten. Anschwellung seitswärts am Halse, Unvermögen, die Kiefer von einander zu entfernen, bei acuterem Verlauf Fröste, bei langsamerem Abmagerung wegen behinderter Nahrungsaufnahme vervollständigen das Krankheitsbild. Unter solchen Umständen ist die Untersuchung des Halses dringend geboten. Aeusserlich zeigt sich bei Abscessen, die hinter dem Oesophagus sitzen, öfter abnorme Prominenz des Kehlkopfes; bei solchen hinter dem Rachen sieht man, falls der Mund

etwas weiter geöffnet werden kann, eine rundliche rothe, auf der Höhe ihrer Wölbung etwas blassere Geschwulst, die den Rachenraum aufs Aeusserste verengt, häufig auch den weichen Gaumen noch vordrängt. Führt man in diesen Fällen, jedenfalls aber dann, wenn der Mund nicht weit genug geöffnet werden kann, um hineinzusehen, den Zeigefinger ein, so fühlt man eine gespannte, fluctuirende Geschwulst.

Die ganze Therapie besteht, da man gewöhnlich erst in diesem Moment den Kranken zu sehen bekommt oder den Sitz des Leidens entdeckt, in der Eröffnung des Abcesses. Ein Bistouri wird am untern Ende mit Leinwand umwickelt, auf dem Zeigefinger eingeführt und die Geschwulst möglichst in der Mittellinie der Länge nach ergiebig eröffnet. Ein Strahl von Eiter ergiesst sich und die schweren Symptome sind sofort beseitigt. Der augenblickliche Erfolg hat diese Krankheit zu einem Lieblingsgegenstande der meisten Kinderärzte gemacht. Die Heilung erfolgt meist leicht, so dass es des Ausspülens mit reinigenden oder erweichenden Gurgelwassern oder ähnlicher Bepinselung kaum bedarf. Selten füllt sich der Sack wieder, wenn die erste Eröffnung zu klein ausfiel, und muss aufs Neue oder selbst mehrmals punctirt werden.

Die Unterscheidung der Krankheit von Mandelgeschwülsten und gewissen Kehlkopfskrankheiten, namentlich Oedema glottidis, beruht ganz auf der örtlichen Untersuchung. Schwieriger mag es oft sein, die idiopathische Form von der secundären zu unterscheiden. Eine genaue Untersuchung der Halswirbel auf Schmerzhaftigkeit, der Bewegungen des Kopfes und der Funktionen der nach Abwärts gelegenen, vom Rückenmarke innervirten Theile gibt hier die besten Aufschlüsse. Diese secundären Fälle zeigen stets chronischen Verlauf und erfordern Zuwarten mit der Eröffnung des Abscesses, bis dringende Indicationen dieselbe nothwendig machen. Die idiopathischen verlaufen öfter acut oder subacut.

B. Krankheiten der Speiseröhre.

C. M. Billard: Traité des maladies des enfants, éd. II. S. 284.
A. Steffen: Krankheiten des Oesophagus. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. II. p. 143.
A. Förster: Die Missbildungen des Menschen. Jena 1865. p. 101.
Keller: Oestr. Zeitung f. prakt. Heilkunde 1862. Nr. 45 und 47. Excerp. Jahrb. f. Kinderkrankheiten V. Anal. p. 25.

Jahrb. d. Kinderheilk. IV. p. 209: Angeborene Halsfisteln mit einem Divertikel des Oesophagus. Aus dem St. Annenspitale.

E. Wagner: Zur Kenntniss des Soors des Oesophagus. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. I. p. 58.

Hirschsprung: Der angeborene Verschluss der Speiseröhre etc. Schmidt's Jahrb. B. 117. p. 310.

H. v. Luschka: Blinde Endigung des Halstheiles der Speiseröhre und Communication ihrer Pars thoracica mit der Luftröhre. Virch. Arch. Bd. 47. S. 378.

Ignaz Weisz: Beiträge zur Diagnostik und Therapie verschiedener Grade von Oesophagus-Verengerung bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. XIV. S. 249.

F. Trendelenburg: Ueber einen Fall von Gastrotomie bei Oesophagus-Strictur. v. Langenbeck's Archiv B. XXII.

1) Die angeborene Halsfistel findet sich meist nur einseitig und dann häufiger rechts vor. Sie bildet ein sehr feines Grübchen, eingezogen, von einem harten Ring oder granulationsartigen Wall umgeben, nur für eine feine Sonde durchgängig. Bald endet sie blind, bald führt sie in die Luftwege, den Schlund, die Speiseröhre. Ihre Lage ist meist ½—1″ über und hinter dem Schlüsselbeingelenk. Beim Schlucken zieht sie sich ein und es kommen Schleimpfröpfchen und Luftblasen hervor, wo sie mit der Speiseröhre oder häufiger dem Schlunde zusammenhängt. Einspritzung von Flüssigkeit erregt Schluckbewegung. Nach Ascherson kommt diese anomale Bildung auch hereditär vor. Sie rührt her von mangelhafter Schliessung der 3. oder 4. Kiemenspalte. Es sind keine Gefahren damit verbunden, aber es ist auch die Aussicht auf chirurgische Heilung derselben sehr gering.

2) Ausbuchtungen (Divertikel) der Speiseröhre kommen angeboren in Verbindung mit blinder Endigung der Speiseröhre vor, häufiger entstehen sie im Kindesalter durch den Zug an die Aussenseite des Kanals angelötheter, schrumpfender Lymphdrüsen. Es sind dies die von Ziemssen und Zenker sogenannten Tractionsdivertikel. Auf diese Art begründet, kommen sie namentlich in der Gegend der Theilungsstelle der Luftröhre vor. Sie beginnen mit Bildung einer seichten Grube, die sich vertieft zu einer halb erbsengrossen Nische, späterhin zu einem abwärts gerichteten, selbst eine Strecke weit neben dem Hauptkanal herlaufenden, blind endenden Sacke. Bisweilen führt aus dem Grunde des Sackes noch eine feine Oeffnung in die angelöthete geschrumpfte Drüse. An dem Divertikel selbst und in dem augrenzenden Theile des Hauptkanales ist die Schleimhaut katarrhalisch erkrankt, darüber nicht selten der

Kanal erweitert. Erkennbar sind nur die Fälle, in welchen selten eintretende Störungen des Schlingactes durch Herauswürgen geringer Mengen von Speisen vorübergehen. Stösst die eingeführte Sonde bisweilen auf einen nicht zu überwindenden Widerstand, während sie andere Male frei eingeführt werden kann, so liegt darin der stärkste Beweis, den man erhalten kann. In seltenen Fällen und zwar mehr bei den dem obersten Theil der Speiseröhre angehörigen Pulsionsdivertikeln hat auch Auswürgen zersetzter Speisen unter Erleichterung, oder die Bildung einer Geschwulst seitlich am Hals beim Essen bei der Diagnose mitgesprochen.

3) Oesophagitis (Entzündung der Speiseröhre) kommt als katarrhalische, katarrhalisch geschwürige, diphtheritische, ferner als pustulöse und abscedirende vor. Das physiologische Erythem der Speiseröhre Neugeborener, analog dem Hauterythem darf nicht mit diesen Entzündungen zusammen geworfen werden. Die leichten Krankheitsformen entstehen durch chemische oder mechanische Reizungen, namentlich durch Medicamente, scharfe Speisen, verschluckte Fremdkörper. Steffen fand sie secundär bei vielen anderweitigen Erkrankungen, namentlich solchen der Respirationsorgane. Sie bewirken Blutreichthum und Schwellung der Schleimhaut, Abschürfung des Epithels an einzelnen Stellen und folliculäre Geschwüre; nur selten können sie, wo Schmerz beim Schlucken an der Wirbelsäule oder am Brustbein angegeben wird, erkannt werden. Die Behandlung beschränkt sich auf die Anwendung schleimiger, einölender Mittel bei möglichst reizloser Ernährung.

4) Diphtheritis kommt an diesem Orte äusserst selten vor. Wagner gibt an, sie mit Diphtheritis von Schlund und Kehlkopf nie zusammen getroffen zu haben, wohl aber bei einzelnen abzehrenden Krankheiten. Diagnose und Therapie sind noch zu machen. Neureutter und Salmon beobachteten ein diphtheritisches Geschwür im Oesophagus, das durch Blutung den Tod herbeiführte.

5) Wenn sich die Pockenerkrankung auf die Speiseröhre fortpflanzt, kommen auch Pusteln an dieser vor. Ausserdem hat man bisweilen stecknadelkopf- bis linsengrosse, vereinzelte Abscesse zwischen den einzelnen Häuten oder im submucösen Gewebe angetroffen.

6) Retroösophageale Abscesse entstehen aus ähnlichen Ursachen, wie die retropharyngealen; von den Wirbelkörpern aus, durch Drüsenvereiterung oder metastatisch in acuten Krankheiten. Sie sind nur zu erkennen, wenn sie mit dem Finger erreicht werden,

seitlich am Halse eine Vorwölbung bewirken, vielleicht auch erst bei Druck auf eine solche Vorwölbung mit dem tief eingeführten Finger getastet werden können, oder wenn starke Schlingbeschwerden unter Auswürgen von Eiter rasch vorübergehen. Die einzig wirksame Behandlung besteht in der Eröffnung des Abscesses, wo ihm nur irgend beizukommen ist, vom Munde aus. Mit dem Hervortreten des Eiters aus dem Einstiche verschwinden Schlingbeschwerden und häufig mitvorhandene Athmungsbehinderung sofort.

7) Bei soorkranken, schwächlichen Säuglingen, namentlich bei solchen, die mit Diarrhöe behaftet sind, kann nach reichlicher Verbreitung von Soor im Rachen dessen Einwanderung in die Speiseröhre stattfinden. Er häuft sich dort oft in Form eines soliden Cylinders an und macht alles Schlingen unmöglich. Hierin liegt ein Anhaltspunkt für die Diagnose. In einem von Rinecker beschriebenen Falle, den ich mit beobachtete, wurde sie gestellt und nach Bepinselung der Mundhöhle mit Kupfervitriol wurde der Soorpfropf ausgebrochen. Es trat Heilung ein, während sonst diese Krankheit gewöhnlich tödtlich endigt. Durch rechtzeitige und zweckmässige Behandlung des Soor's der Mundhöhle wird die Ausbreitung der Pilzwucherung auf die Speiseröhre stets vermieden werden können. Gegebenen Falles würde durch Catheterisation die Wegsamkeit des Kanales herzustellen und durch alkalisches Mundwasser das Wuchern des Pilzes zu hemmen sein. —

8) Verengerung der Speiseröhre kann schon angeboren vorkommen, (vergl. Demme, Jahresb. p. 1879) sie kann ferner durch den Druck benachbarter Geschwülste, namentlich solchen benachbarter Lymphdrüsen entstehen, dann durch Narbenschrumpfung. Die Stenose ist im Kindesalter weit seltener, als bei Erwachsenen, schon desshalb, weil das starke Contingent der Neubildungen noch gänzlich fehlt. Auch die Narbenschrumpfung kommt an den meisten Orten soviel wie gar nicht zur Beobachtung. In Wien hat jedoch Keller 46 Fälle beobachtet, in denen bei Kindern aus den zwei ersten Lebensjahren Vergiftung mit Kalilauge stattfand; 23 davon bekamen Stricturen, im Ganzen wurden 31 geheilt, darunter die meisten der Stricturkranken, und zwar durch fleissiges Einlegen der Sonde. Sobald es einmal gelungen ist eine, wenn auch noch so dünne Sonde durch die Strictur durchzuführen, kann man sicher sein, durch immer dickere Sonden die länger liegen bleiben, den Kanal wieder völlig wegsam zu machen. Auch für verzweifelte

Fälle undurchdringlicher Stenose der Speiseröhre ist die früher so oft vergebens versuchte Gastrotomie jetzt erfolgreich geworden.

9) Der angeborene Verschluss der Speiseröhre bedingt Lebensunfähigkeit, auch wenn nicht, wie in mehreren Fällen, noch andere Bildungsfehler (Hydrocephalus, Imperforatio ani, Mündung des Mastdarmes in die Blase) damit verknüpft sind. Hirschsprung hat 14 derartige Fälle gesammelt. Der obere Theil der Speiseröhre fand sich erweitert bis auf das Doppelte, der untere mündete in die Trachea oder einen Bronchus ein, der dazwischen liegende Verschluss lag in der Mitte der Trachea oder etwas unterhalb derselben. Die Kinder beginnen begierig zu schlucken, verziehen dann den Mund und bekommen einen dyspnoischen Anfall. Die Einführung eines Katheters in die Speiseröhre gelingt nur bis zur Stelle des Verschlusses, sie zeigt diese an. Meconium sowohl als hellgelber Stuhl wird entleert, am 3. oder 4. Tage erfolgt der Tod durch Inanition. Man erklärt diesen Fehler aus einer im frühesten Fötalleben eingetretenen partiellen Obliteration der Speiseröhre.

C. Magen- und Darmkrankheiten.

I. Dyspepsie.

A. Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850. I. p. 9.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josephs-Kinderspital zu Prag. Prag. Vierteljahrsschr. 1866. Bd. I. p. 47.

Rauchfuss: Ueber die Bedeutung der Zuckercur bei der Behandlung der Dyspepsie der Entwöhnungsperiode. Petersb. med. Zeitschr. 1866. Heft 4. cit. in Virchow und Hirsch Jahresb. 1866. II. p. 568.

Bei Neugeborenen sind die Labdrüsen noch den Schleimdrüsen ähnlicher gebaut, in geringerer Zahl im Magen vorhanden, mehr einzeln zwischen den letzteren zerstreut, als in bestimmter Region vereinigt, spärlicher mit Labzellen ausgestattet (A. Werber). Darin liegt eine anatomisch begründete Disposition zur Dyspepsie.

Die zahlreichen in den letzten Jahren erschienenen Werke über Dyspepsie (Wilson Fox, Pavy, Beau u. s. w.) enthalten nur wenig, was sich auf die Magenverdauung der Kinder bezieht. Die Schriftsteller über Kinderkrankheiten gehen überwiegend von den anatomischen Veränderungen aus, ohne zu berücksichtigen, dass diese sehr häufig von früheren rein functionellen Störungen abhängig sind.

Chemische Studien am Krankenbette, die hier überaus nothwendig sind, fehlen noch fast gänzlich. Bei Anämischen oder Reconvalescenten von acuten Krankheiten liegt wegen zu geringer Magensaftabsonderung Verdauung und Appetit darnieder; die Richtung des letzeren nach sauren Speisen erklärt sich aus der durch Säurezufuhr ermöglichten besseren Ausnützung des Pepsins. Bei Fiebernden beruht die Störung der Magenverdauung auf verminderter Absonderung hauptsächlich von Chlorwasserstoffsäure, dann auch von Pepsin. Die Dyspepsie kommt im Säuglingsalter am häufigsten vor und zwar bildet sie, wie von Bednar mit Recht angenommen wird, das erste Stadium der Diarrhöe. Ihr Nachweis beruht darauf, dass die in Anwendung gebrachten Nahrungsmittel der Magenverdauung nicht oder ungenügend unterliegen. Diese Störung kann abhängen von der Menge oder Beschaffenheit der Nahrungsmittel selbst, oder bei vollständig passender Beschaffenheit dieser von andern gleichzeitig wirkenden Umständen. Unter den Nahrungsmitteln können alle diejenigen, welche ungeeignet und für dieses Alter noch nicht verdaulich sind, Dyspepsie erzeugen. Von der Muttermilch weiss man, dass sie, zu häufig und zu reichlich gegeben, die Menge der im Magen zur Verfügung stehenden Pepsin-Chlorwasserstoffsäure erschöpfen und überschüssigen Theiles unverdaut bleiben kann. Zu fette, dem Alter des Kindes nicht entsprechende Ammenmilch, bisweilen die Milch aus der Zeit wieder eingetretener Schwangerschaft oder Menstruation kann sich gleichfalls schwerlich verdaulich zeigen. Immerhin ereignet sich jedoch diese Störung der Magenverdauung während des Selbststillens seltener, als kurz nach der Entwöhnung.

Hier ist es oft die Kuhmilch, und zwar besonders die stark sauer reagirende Milch einzelner Kühe, die eine förmliche Aufhebung der Magenverdauung hervorruft. Die Milch erfährt im Magen zunächst eine Coagulation, die durch ein besonderes Ferment bewirkt, von Pepsin und Salzsäure unabhängig ist; sie erleidet zweitens nach diesem Vorgange durch die Pepsin-Chlorwasserstoffsäure die Umwandlung des geronnenen Caseins in Pepton, Parapepton und Dyspeton. Die Menge des letzteren, unlöslichen Körpers beträgt nach Meissner 20 %. Ein etwa der Magenverdauung entgangener Theil der Eiweissstoffe der Milch kann durch die Einwirkung des pankreatischen Saftes theils in Pepton umgewandelt, theils in Tyrosin, Leucin u. dergl. gespalten werden. Es lässt sich nun durch Beobachtung erweisen, dass nicht selten beide Funktionen des Magensaftes, sowohl die coagulirende, als auch die lösende, ja dass auch

noch die Einwirkungen des pankreatischen Saftes auf die Fette und die Eiweisskörper der Milch zeitweise nicht oder ungenügend ausgeübt werden. Den Beweis liefert das Abgehen von Stühlen, die ganz oder überwiegend aus geronnener, unverdauter Milch bestehen, anderseits das Erbrechen noch nicht einmal geronnener Milch längere Zeit nach der Nahrungsaufnahme. Genauere Aufschlüsse versprechen Untersuchungen des Erbrochenen mittelst des Dialysators, annähernde quantitative Bestimmungen des Peptongehaltes. Sind diese Symptome der Dyspepsie aufgetreten, so darf man sicher erwarten, bei Fortgebrauch desselben Nahrungsmittels die nächsten Stühle dünn, aashaft stinkend, gährend zu finden, später folgt einfache oder choleraartige Diarrhöe. Die Kuhmilch übt dann einen ähnlichen, die Magenverdauung sistirenden Einfluss aus, wie er für die in den Magen gelangende Galle bekannt und von Burkhard durch mechanische Pepsinfällung Seitens der Glykocholsäure erklärt wurde. Möglich, dass aus solcher Milch besonders reichlich entwickeltes Dyspepton das Pepsin mechanisch ausfällt und so unwirksam macht. Gewiss ist, dass ein Zeitpunkt eintritt, wo die Casein-Verdauung im Magen aufhört und erst unveränderte Milchcoagula, dann faulende Massen in den Stühlen abgehen, ebenso wie letzteres Busch bei einer Erwachsenen mit Dünndarmfistel geschehen sah, wenn Eiweissstoffe in das abwärts führende Darmstück gebracht worden waren. Manchmal bilden den Anfang dieser ganzen Störung besonders harte, cohärente seltene Stühle, wie solche von Jacobi als Resultat ungenügender Casein-Verdauung im Magen bezeichnet worden sind. Man hat oft Gelegenheit, zu sehen, dass einige Zeit nachher dieselbe Milch oder jeder neue Versuch, Kuhmilch zu geben, die gleiche Störung wieder hervorruft. Dass der starke Säuregehalt ein wesentliches Moment bei der Erzeugung dieser Dyspepsie sei, lässt sich darnach annehmen, dass nicht allein Muttermilch, sondern auch nach v. Liebig's Methode in ihrem Milchsäuregehalt abgeschwächte Kuhmilch von solchen Patienten vorzüglich ertragen werden kann.

Die Bedeutung der Dyspepsie als häufige Ursache vieler Formen von Diarrhöe kleiner Kinder, besonders als vorwiegende Ursache der Durchfälle Neuentwöhnter leuchtet ein. Von Arzneimitteln sind es besonders drei, die rationeller Weise empfohlen werden können: Pepsin, Salzsäure und Quecksilberchlorür. Ersteres deckt den Ausfall an eigenem Pepsin durch Zufuhr von thierischem, freilich bei den üblichen Dosen von 0,1—0,2 Gr., im Vergleich zu $^1/_{10}$ des Körpergewichtes Magensaft per Tag, wohl meistens ungenügend. Die

Anwendung der Chlorwasserstoffsäure rechtfertigt sich nach dem Princip, dass geringe Mengen Pepsin, wenn nur stets wieder Salzsäure zugeführt wird und die gebildeten Peptone resorbirt werden, unendliche Mengen von Proteinkörpern lösen können. Die abführende Wirkung des Kalomels ist dort indicirt, wo es sich darum handelt, unverdaute oder gährende Milchreste schnell aus dem Darm hinwegzuführen, damit sie nicht bei längerer Berührung mit dessen Wänden Katarrh oder Follicularverschwärung erregen.

Wirksamer als diese Arzneimittel ist die Beseitigung der Ursachen der Dyspepsie, ja so wirksam, dass man sie in den meisten Fällen auf rein diätetischem Wege heilen kann. Dies gilt namentlich von der nach dem Entwöhnen durch Kuhmilch bewirkten Form. Gelingt es, das Stillen wieder in Gang zu bringen, oder durch eine Amme oder eine auch zunächst (beim Alter über 6 Monate) auf einige Stunden im Tage engagirte Frau für einige Tage eine knappe Ernährung durch menschliche Milch herzustellen, so erweist sich diese als allerwirksamstes Medicament. Darin liegt der grosse Vortheil des allmäligen Entwöhnens der Kinder, dass bei eintretender Dyspepsie leicht wieder zum Stillen im vollen Umfange zurückgekehrt werden kann. Ist dies nicht möglich, so suche man sofort eine Frau mit reichlicher Milchabsonderung, deren Kind schon andere Nahrung nebenbei bekommt, zu 2—4-maligem Stillen des dyspepsiekranken Kindes täglich zu gewinnen. Auch in der Zwischenzeit darf keine Kuhmilch gereicht werden, sondern eines der sogleich zu erwähnenden Surrogate, wenn schon Diarrhöe da ist, Rothwein oder Ungarwein mit Wasser. Es ist sehr wichtig, keine Mühe zu scheuen, um das erkrankte, entwöhnte Kind wieder zum Saugen zu bringen und wegen der Grösse dieser Schwierigkeit möglichst frühzeitig, wo irgend die Verhältnisse gestatten, wieder die Brust zu bieten. Auch wo Ersatz durch menschliche Milch nicht geboten werden kann, muss Kuhmilch auf mehrere Tage bis zu einer Woche vollständig bei Seite gelassen und, wenn auch nothdürftig ersetzt werden, durch Zuckerwasser (Rauchfuss), Salepdecoct (A. Vogel) oder eine Mischung von Hafergrütze, Eigelb und Rothwein (B. S. Schultze). Man beginnt, wenn die Magenverdauung wieder in Ordnung, mit Liebig'scher Suppe und kehrt, sobald neuerdings dyspeptische Erscheinungen auftreten, zu dem letztgenannten Surrogate zurück, das den Vortheil hat, auch auf längere Zeit eine genügende Ernährung leisten zu können, der den beiden anderen entschieden bestritten werden muss.

In ähnlicher Weise kann auch bei anderen Formen der Dyspepsie durch Beseitigung diätetischer Schädlichkeiten der Krankheit ein Ende gemacht werden.

II. Magenkatarrh.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josephs-Kinderspitale zu Prag. Prag. Vierteljahrsschrift B. 89. p. 47.

Man betrachtet als anatomische Zeichen des acuten Magenkatarrhs helle Röthe, Wulstung und Schleimbelag der Mucosa.

Schleimbelege und Wülste kommen bei leerem, Röthe und vermehrte Absonderung bei verdauendem Magen physiologischerweise vor. Man wird also nur aus dem Zusammentreffen dieser Zeichen, namentlich dann, wenn gleichzeitig kleine Blutpunkte oder Substanzverluste an der Oberfläche der Schleimhaut vorhanden sind, die anatomische Diagnose acuten Magenkatarrhes stellen dürfen. Chronischer Magenkatarrh bringt ebenfalls vermehrte Schleimabsonderung, ausserdem graue, schieferig pigmentirte Beschaffenheit der Schleimhaut, Hypertrophie der Häute, nicht selten auch Vergrösserung oder Verkleinerung der Magenhöhle mit sich. Die Veränderungen zu denen sich auch Ecchymosirung und Erosionsbildung gesellen kann, sind gegen den Pylorus zu am stärksten entwickelt (Kundrat).

Magenkatarrh entsteht durch Erkältung, Verbrühung, durch mechanische Reizungen, z. B. von hereingelangten Fremdkörpern oder Spulwürmern, durch chemische Reizung: giftiger Stoffe, scharfer Speisen, unverdaulicher Nahrungsmittel. In letzerer Beziehung ist zu beachten, dass länger dauernde Dyspepsie Magenkatarrh zur Folge hat. Fortgesetzte Einwirkung der Ursachen, die akuten Magenkatarrh erzeugten, bewirkt dessen Uebergang in die chronische Form. Ausserdem erregen viele acute oder chronische Krankheiten Magenkatarrh.

Als Zeichen dienen weisslicher Zungenbeleg, saurer, übler Geruch aus der Mundhöhle, öfteres Aufstossen oder Erbrechen, welch letzteres namentlich bei Säuglingen, wegen der noch mehr verticalen Stellung des Magens erleichtert, selten vermisst wird. Der Stuhlgang ist im Anfang hart und enthält öfter unverdaute Nahrungsmittel; späer kann leicht Diarrhöe nachfolgen. Das Erbrochene besteht aus wenig veränderten oder gährenden Speiseresten,

viel Schleim, wässeriger Flüssigkeit, hie und da Blutspuren und bei längerer Andauer auch Galle. Dazwischen findet Aufstossen von übelriechenden Gasen statt. Der Appetit liegt darnieder. Die Magengegend ist aufgetrieben, bei gleichzeitigem Darmcatarrh der ganze Unterleib stark gewölbt. Aeltere Kinder klagen über Schmerz, Völle oder Druck in der Magengegend, bei kleinen Kindern kann man nur Zeichen von Unruhe und Missbehagen nach der Nahrungsaufnahme darauf beziehen. Bei ersteren ist die Stuhlverstopfung, bei letzteren die Diarrhöe die gewöhnliche Begleiterscheinung. Bei intensiver Erkrankung ist der Beginn fieberhaft, die Körperwärme kann für kurze Zeit etwas erhöht sein. Bei einzelnen Kranken gesellen sich Störungen von Seiten des Gehirnes, wie Schlafsucht, Convulsionen u. s. w. dazu. Sie gehen aber auch bei indifferenter Behandlung meist leicht vorüber.

Die Diagnose ist der Dyspepsie gegenüber schwierig, denn jedes der beiden Uebel kann das andere als secundäres mit sich bringen. Im Ganzen ist jedoch die functionelle Störung die häufigere und beherrschende, die anatomische diejenige, die ihr erst nachfolgt und von ihr beherrscht wird. Bei fieberhaften Krankkeiten und Zuständen von Blutleere handelt es sich gewiss viel häufiger um Störungen der Magensaftabsonderung, als um wirkliche Katarrhe. Die Verwechselung des Magenkatarrhes mit acuten Infectionskrankheiten dürfte jetzt selten mehr vorkommen, da dieses Uebel denn doch aufgehört hat, der privilegirte Sündenbock der Pathologie zu sein, dem alle diagnostisch unklaren Zustände zunächst aufgebürdet wurden. Man kann höchstens geringgradiges, kurzdauerndes Fieber von da mit einiger Berechtigung ableiten.

Zur Behandlung eignen sich für acuten Magenkatarrh, nach Erkältungen das schweisstreibende Verfahren, wo schädliche Substanzen vor Kurzem erst genossen wurden, das Brechmittel, ausserdem salinische kohlensäurereiche Getränke und Arzneien und dort, wo lebhafter Schmerz besteht, schleimig einhüllende oder narkotische Mittel. Acuter Magenkatarrh bei Säuglingen ist nach den bei der Dyspepsie besprochenen Grundsätzen diätetisch und medicamentös zu behandeln. Für chronischen Magenkatarrh ist neben knapper, leicht verdaulicher Diät besonders Höllenstein, Eisenchlorid oder Chromoxyd zur Behandlung zu empfehlen.

In manchen Fällen wird auch die Schlundsonde oder je nach dem Alter an deren Stelle ein elastischer Katheter gute Dienste leisten. Schon bei zum Saugen zu schwachen Neugeborenen kann

es nöthig werden, durch einen Katheter Milch in den Magen einzuspritzen. Bei Vergiftungen mit nicht zu stark corrodirenden Substanzen wird die Entleerung des Magens am schnellsten und schonendsten auf diese Weise bewirkt. Endlich dürften auch manche chronische Magenkatarrhe, die den gewöhnlichen Medicamenten Widerstand leisten, durch Ausspülung des Magens mittelst der Schlundsonde geheilt werden können.

III. Ulcus ventriculi et duodeni rotundum.

Rundes Magen- und Duodenalgeschwür.

W. v. Gunz: Aus dem St. Jos. Kinderhospital auf d. Wieden. Jahrb. f. Kinderheilk. V. p. 161.

Th. Buzzard: Transactions of the path. soc. 1861. perforirtes Geschwür an der kl. Curvatur eines 9 j. Mädchens.

H. Rehn: Ein Fall von Magengeschwüren bei einem Kind. Nebst kritisch literarischen Bemerkungen. J f. K. VII. S. 19.

Reimer: Jahrb. f. Kinderheilk. X. S. 289.

Das runde Magengeschwür gehört im Kindesalter ebenso, wie das Duodenalgeschwür, zu den grössten Seltenheiten. Unter 4300 Berliner Sectionen fanden Steiner und Wollmann zwar 158mal Geschwüre oder Narben im Magen vor, aber nie im Kindesalter. Dass es übrigens diesem nicht ganz mangele, zeigt eine Beobachtung von Gunz (der übrigens ausdrücklich hinzufügt, Rokitansky habe es niemals vordem gesehen) bei einer Leiche von 14 Lebensjahren. Andere Fälle sind von Rufz und von Donné, Kinder von 13 und 3 Jahren betreffend, mitgetheilt worden, ein Ulcus duodeni perforans bei einem 7jährigen Knaben von Bloest. Neuerdings sind runde Magengeschwüre beschrieben worden von Rehn (1¾ j. Kind), Reimer (3½ j. Mädchen), Buzzard (9 j. Mädchen), zudem noch eine Anzahl von Neugeborenen.

Das runde Magengeschwür entsteht durch Selbstverdauung der Magenwand in Folge von Circulationsstörung z. B. Arterienverschliessung, Blutstockung, hämorrhagischer Durchtränkung einer Stelle, wobei starke Acidität des Mageninhaltes begünstigend wirkt. Als eigentliche Ursachen können Verbrühungen, Traumata, Blutstockung durch gestörte Respiration (Ebstein) Embolie, Verfettung der Gefässwandungen, schlechte Nahrungsmittel, Alcoholismus wirksam sein. Für das Kindesalter treffen allerdings die wenigsten dieser Ursachen mit einiger Häufigkeit zu. Der Lieblingssitz des

Geschwürs ist an der hintern Wand, der kleinen Curvatur in der Nähe des Pförtners. Doch kann jede beliebige Stelle betroffen werden und auch bei Kindern sind einzelne an der grossen Curvatur, an der vorderen Wand getroffen worden. Nicht selten sind mehrere Geschwüre zugleich vorhanden. Besonders im Säuglingsalter wird manchmal eine grössere Zahl frischer noch im Entstehen aus hämorrhagischen Erosionen begriffener Geschwüre gefunden. Die Neigung zu bluten und durch Blutung frühzeitig zu tödten ist offenbar im Säuglingsalter grösser. Die Perforation der Geschwüre der vorderen Wand führt häufiger zu tödtlicher Pneumoperitonitis, die der hinteren Wand erlangen bei ihren Perforationen leichter schützende Verwachsungen, graben in gefässreiche Nachbarorgane und erregen da Blutungen. Das heilende Geschwür kann den Magen missstalten, die Ostien verengen und so fortfahren die Ernährung zu stören.

Bei älteren Kindern kommen die gewöhnlichen Symptome des runden Magengeschwüres zur Geltung: Schmerz nach dem Essen von solchen Speisen, die nicht mit Leichtigkeit der Magenverdauung unterliegen oder die irritirend wirken, auf der Höhe des Schmerzes Aufstossen, Erbrechen. Der Schmerz entsteht durch die Berührung der Geschwürsfläche mit dem saueren Speisebrei. Das Geschwür der Pylorusgegend gestattet daher die rechte Lage nicht, das Fundus-Geschwür ebensowenig die linke. Fälle mit Schmerz bei nüchternem Magen sind durch anomale Absonderung von Pepsinchlorwasserstoffsäure zu erklären. Die Stelle des Magengeschwüres ist, wo sie der vordern Bauchwand anliegt, druckempfindlich, bisweilen auch als flache Härte zu fühlen. Der Prädilectionssitz des Ulcus v. r. bringt es mit sich, dass sich die druckschmerzhafte Stelle meist gerade unten oder rechts neben dem Proc. xiphoideus findet. Blutbrechen, dem von manchen Seiten eine zu exclusive diagnostische Bedeutung beigemessen wird, kommt etwa im 4ten Theil der Fälle vor, bei Kindern noch seltener, falls man die Melaena der Neugeborenen ausser Rechnung lässt. Nach den vorliegenden kleinen Zahlen wäre sogar Geschwürsperforation im Kindesalter häufiger als Blutung, ganz im Gegensatze zu dem Verhalten bei Erwachsenen.

Geschwüre von noch nicht mehrjährigem Alter sollten stets zur Heilung gebracht werden. Die Behandlung soll den Schmerz und das Erbrechen nicht durch Narcotica, sondern durch Heilung des Geschwüres beseitigen. Diät ist die Grundlage der Behandlung. Milch allein ist schon ein wichtiges Heilmittel. Daneben können

die leichtesten Fleischsorten, Ei, Fleischbrühe, zum Fleisch wenig Wurzelgemüse, Apfelbrei und weisses Brod gestattet werden. Unter den Arzneimitteln verdient Vertrauen der Höllenstein (0,01) bei nüchternem Magen in Lösung genommen. Er wirkt als Adstringens und dürfte namentlich die Wirkung des Magensaftes auf das Geschwür zeitweise aufheben. Ferner sind im Gebrauch Liquor ferri sesquichlorati 3—4 Tropfen stark verdünnt pro dosi, Bismuthum subnitricum. Auch mit Karlsbader Salz und Brunnen werden oft schöne Erfolge erzielt. Langbestehende Geschwüre erfordern geradezu die Anwendung der Magenausspülung. Bei Blutungen ist völlige Körperruhe, wenig kalte flüssige Nahrung, Eis örtlich und innerlich, Eisenchlorid, Tannin oder Bleizucker anzuwenden. Bei Perforation tritt bei gleichem Regimen an die Stelle der Medicamente Morphiumeinspritzung.

IV. Melaena neonatorum.

C. Hecker: Klinik der Geburtskunde II. p. 243.
Binz: Perforirendes Magengeschwür beim Neugeborenen. Berl. klin. Wochenschrift. 1865. p. 15 und 16.
Spiegelberg: Zwei Fälle von Magendarmblutung bei Neugeborenen in Folge von Duodenalgeschwüren. Jahrb. f. Kinderheilk. H. F. II. 333.
L. Laudan: Ueber Melaena d. Neugeb. Virch. u. H. Jahresb. 1874.
Kling: Ueber Melaena neonat. Diss. Monach. 1875.
O. Silbermann: Ueber Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. X 378.

Im Laufe des ersten Lebensmonates, gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt kommen Blutungen aus dem Magen und Darmkanal vor, die mit grosser Heftigkeit beginnen und in nahezu der Hälfte der Fälle tödtlich werden. Für diese Blutungen haben die Sectionen zum Theil gar keine Aufklärung gegeben; in einer Anzahl von Fällen jedoch wurden einfache Magen- oder Duodenalgeschwüre als Quelle derselben nachgewiesen. Diese Beobachtungen, früher nur vereinzelt von Billard und Cruveilhier berichtet, haben sich in neuerer Zeit gemehrt, Hecker und Spiegelberg brachten deren je zwei bei und geben der Vermuthung Raum, dass die Bildung runder Magen- und Darmgeschwüre eine der hauptsächlichsten Ursachen des Symptomenbildes Melanea neonatorum sei. Auch ein Perforationsfall, in dem das Erbrochene vom letzten Tage Spuren von Blut enthielt, ist von Binz beigebracht worden. Auch von Genrich wurde ein Duodenalgeschwür als Quelle der Blutung gefunden. Das öftere Auftreten dieser Krankheit bei Neugeborenen,

bei welchen die Ernährung mit aller Sorgfalt geleitet wurde, und somit Schädlichkeiten von dieser Seite her nicht zu Grunde liegen konnten, bei welchen ferner der normale Geburtsverlauf auch die Entstehung durch Trauma ausschloss, lässt nur den Vermuthungen Raum, welche auf Entstehung durch Embolie oder durch Fettentartung der Gefässwände hinweisen. Der anatomische Befund ergab 3 Mal ein Geschwür des Duodenum, 3 Mal ein Geschwür des Magens, 5 Mal einfache Geschwüre des Magens. Wo die tödtliche Blutung nicht aus einem Geschwür erklärt werden konnte, ist sie theils auf hämorrhogische Diathese, theils auf Stauungshyperämie bei gestörter Respiration zurück zu führen. Eine Art von Pseudomelaena entsteht nach Mercier, wenn das Kind aus der wunden Warze der Amme gesaugtes Blut wieder von sich giebt. Einzelne Fälle verliefen ganz symptomlos; in der Mehrzahl bildete sehr reichliches Blutbrechen nebst der dazu gehörigen blutigen Diarrhöe das einzige Krankheitszeichen. Vereinzelt werden erwähnt: spurweise Blutbeimengung zum Erbrochenen, grosse Unruhe und Schmerzensäusserungen, plötzlicher Collapsus, hartnäckiges Erbrechen des Genossenen. Leider fehlt im frühesten Kindesalter das beweisendste Zeichen, der Schmerz, der nach der Nahrungsaufnahme sich steigert, durch die eine Seitenlage vermehrt, durch die andere vermindert wird, der endlich mit der Druckempfindlichkeit einer umschriebenen Stelle in der Magengegend zusammenhängt. Das andere wichtige Zeichen, die Blutung, ist für die Annahme eines Geschwüres nicht beweisend. Wenigstens sind von Kiwisch u. A. Continuitätsstörungen der Magen- und Darmschleimhaut oft genug bei den Sectionen vermisst worden. Die Diagnose muss also vorläufig noch für schwierig gelten, jedenfalls nur dann für möglich, wenn Bluterbrechen da war. In therapeutischer Beziehung wird es gerathen sein, kalte Umschläge auf die Magengegend zu machen und innerlich Eisenchlorid oder Höllensteinlösung zu geben. In den beiden Fällen von Silbermann ist auch thatsächlich durch Eismilch, kalte Umschläge, wobei in dem einen Falle noch Eisenchlorid innerlich gegeben wurde, Heilung erzielt worden.

V. Ulcus ventriculi tuberculosum.

Steiner und Neureutter: Prag. Vierteljahrschrift Bd. 86. p. 49 und Bd. 89. p. 73.

Rilliet und Barthez: Bd. II. p. 832.

Willigk fand unter 1600 Leichen, grösstentheils von Erwachsenen, 241 Fälle von Darmtuberculose, dagegen nur 4 von Magentuberculose, somit auf 60 Darmtuberculosen 1 Magentuberculose; Rilliet und Barthez fanden unter 141 Fällen von Darmtuberculose bei Kindern 21 Mal Magentuberculose, etwa auf 7 Darmtuberculosen eine des Magens.

Diese verhältnissmässig grössere Häufigkeit des tuberculösen Magengeschwüres beim Kinde findet auch noch darin eine Bestätigung, dass die meisten Kinderschriftsteller, die sich auf eigenes Material stützen, eine oder die andere Beobachtung davon beizubringen haben, so Bednar, Steiner und Neureutter, auch Kundrat und Widerhofer. Der Tuberkel als Knötchen fand sich unter den 21 Fällen von Rilliet und Barthez nur einmal, die Geschwüre hatten meistens ihren Sitz an der grossen Curvatur. Die Grösse derselben ging von den kleinsten an bis zu dem Umfang eines Fünffrankenstückes. Häufig fanden sich auf dem Grund oder dem benachbarten Peritonäum Tuberkeln, die die Natur des Geschwüres bezeichneten. Gewöhnlich ist nur ein Geschwür vorhanden, bisweilen mehrere bis zu 3.

Steiner und Neureutter haben in ihren 2 Fällen, gestützt auf folgende Symptome, die Diagnose stellen können: Vorgeschrittene Lungen- und Darmtuberculose, starke Magenschmerzen nach dem Essen, häufiges Erbrechen hie und da mit Blutpunkten oder Blutstreifen gemengt. Es sind also dieselben Symptome, wie bei dem runden Magengeschwür, nur ist die Blutung, wo sie auftritt, weniger reichlich. Die Seltenheit des runden Geschwüres in der Kindheit, mit Ausnahme der ersten Wochen, dann die an vielen andern Organen desselben Körpers nachweisbare Tuberculose gestatten die Annahme, dass das aus jenen Symptomen erkannte Geschwür ein tuberculöses sei. Dass dieser Schluss kein sehr sicherer sei ergiebt sich aus der Beobachtung von Rehn, der bei einem Kinde mit vorgeschrittener Lungenphthise ein einfaches, rundes Magengeschwür vorfand. Der tödtliche Ausgang wird gewöhnlich von andern Organen her bewirkt, doch können auch diese Geschwüre die Magenwand durchbohren oder Gefässe eröffnen. Die Behandlung ist dieselbe, wie beim runden Magengeschwür: Milchdiät, oder Milch- und Fleischdiät nebst Anwendung von Höllenstein, Eisenchlorid oder Wismuth, wo es sich um Heilung handelt; wo man nur die Stillung von Schmerz und Erbrechen beabsichtigen kann, genügt Morphium.

VI. Darm-Katarrh. Diarrhöe *).

C. F. Eichstedt: Ueber den Durchfall der Kinder. Greifsw. 1852.
Lambl: Aus dem Franz-Joseph-Kinderspital in Prag. Prag 1860. Bd. I. p. 291 u. f.
Hervieux: Ueber die krankhaften Zustände der Peyer'schen und solitären Drüsen der Darmschleimhaut bei kleinen Kindern. Gaz. med. de Par. 1855, 7—22. Schmidts Jahrb. 88. p. 66.
A. Werber: Beiträge zur pathologischen Anatomie des pädatrophischen Darmes. Berichte über die Verhandlungen der naturf. Ges. zu Freiburg i. B. Bd. III. Heft III. und IV. p. 137.
Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Joseph-Kinderspitale in Prag. Prag. Vierteljahrsschr. Bd. 91. p. 115.
Müller: Der Durchfall der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 50. p. 296.
A. Monti: Ueber die Veränderungen der Dejectionen im Säuglingsalter und ihren Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsformen. Jahrb. für Kinderheilkunde. N. F. I. p. 299.
H. Schwartze: Pathologisch-anatomisches Bild der Cholera infantum. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 32. p. 329.
Le Barillier: Zur Aetiologie der Enteritis der Säuglinge. Ibid. Bd. 36. p. 209.
Eustace Smith: On the wasting diseases of children. ed. II. Lond. 1870.
B. Baginsky: Ueber den Durchfall und Brechdurchfall der Kinder. J. f. K. VIII. 310.
Parrot und Robin: Klin. Studien über den Harn der Neugeborenen im Verlaufe der Athrepsie. Arch. gen. 1876. Jahrb. f. Kinderheilk. X. S. 347.

Unter den pathologisch-anatomischen Veränderungen ist allein constant die veränderte Beschaffenheit des Darminhaltes, der im Dickdarme flüssig, im Dünndarme dünnflüssig bis wässerig erscheint, von hellgelber, grünlicher Farbe oder fast farblos, schleimig, klumpig, mit weisslichen Krümmeln abgestossener Epithelien, seltener mit eitrig-schleimigen Partikeln untermengt. Veränderungen der Darmwand können, wenn der Tod kurz nach dem Eintritte der Diarrhöe sich ereignete, vollständig oder nahezu fehlen. Gewöhnlich jedoch finden sich Veränderungen hier sowohl als an entfernteren Organen vor.

---

*) Die Begriffe Darmkatarrh und Diarrhöe decken sich nicht. Wir betrachten in diesem Abschnitte diejenigen Darmkatarrhe, welche Diarrhöe machen und diejenigen Diarrhöen, die nicht auf groben anatomischen Läsionen des Darmes oder anderer Organe (Pfortaderverschliessung, Nierenentartung) beruhen.

1) Bei acutem Darmkatarrh findet sich in verschiedenem Grade Quellung und Auflockerung der Schleimhaut. Sie tritt deutlicher am Kolon hervor und erstreckt sich hier auch auf das submucöse Gewebe. Die Follikel können an dieser Anschwellung theilnehmen, überwiegend von ihr betroffen, oder verschont sein. Die Epithelzellen finden sich aufgequollen, von mehr rundlicher Form, unter Umständen körnig trübe oder in schleimiger Erweichung begriffen, auf kleinere Strecken hin losgestossen und dem Darminhalte beigemengt. Die Röthe ist selten in ganzer Ausdehnung des Darmes auffällig gesteigert, rosa; auch ist dies dann mehr als Folge, wie als Ursache des eigentlichen Krankheitsprocesses zu betrachten. Häufiger findet sich eine lichte Röthe auf der Schleimhaut des Colon descendens, Rectum, des untersten Theiles des Ileums gleichmässig verbreitet. Noch öfter findet man nur an kleineren Bezirken, auf der Höhe einiger Falten des Kolons oder um einige Plaques des Ileums herum stärkere Gefässanfüllung als Streifen, Säume, unregelmässige Figuren. Die Mesenterialdrüsen nehmen keinen Antheil an diesen Veränderungen, die Milz ist klein und ihre Kapsel faltig.

Bei chronischem Darmkatarrh können verschiedene Bilder auftreten:

2) Auftreibung und Blässe des Darmes; dünne, zerreisliche Beschaffenheit seiner Wände, schwache Entwicklung, nach Abwärts Fehlen der Kerkring'schen Falten, Verkürzung der Zotten zu rundlichen, klumpigen Formen, Fett-, Pigment-, Kolloidentartung der Epithelzellen, der Zotten und einzelner Gewebstheile des Zottenkörpers (A. Werber), amyloide Entartung der Epithelien (Lambl). Eine ganze Reihe verschiedener solcher Epithelentartungen findet sich bei Lambl abgebildet. Die Mesenterialdrüsen sind blass und geschwellt. Die wichtigsten resorbirenden Apparate, die Zotten, sind hier atrophisch, ihr feinerer, zu dem Lymphgefäss führender Mechanismus, die Epithelien sind durch manchfache Entartung in ihrer Function gehemmt oder geschwächt, endlich die Knotenpunkte des Chylusstromes, die Lymphdrüsen, sind schwerer durchgängig. Kurz, es stehen der Resorption in die Lymphbahnen so viele Hindernisse entgegen, dass man sich nicht wundern kann, wenn der Körper, dem nichts zu Gute kommt, abgemagert, die Darmflüssigkeiten aber unausgenutzt als Diarrhöe ablaufen. Als drastischen Ausdruck für die gestörte Funktion der Lymphapparate fand Werber die venösen Gefässe der Zotten mit Fett erfüllt.

3) Neben mässiger Entwicklung der eben geschilderten Ver-

änderungen oder ohne diese werden die Follicularapparate spezieller Sitz krankhafter Veränderungen. Diese sind beim Neugeborenen noch wenig entwickelt an Zahl und Ausbildung. Hervieux fand nur 6—15 Peyer'sche Platten im ganzen Darm. Platten sowohl als solidäre Follikel stellen noch an vielen Stellen massige Zellenanhäufungen vor, mit starker Capillarentwicklung in der Umgebung, derbem Stroma, aber ohne scharfe Begrenzung in die umgebende Bindesubstanz eingelagert (Werber). Diese Gebilde schwellen an durch Wucherung ihrer Zellen unter Entwicklung eines hyperämischen Gefässkranzes, der mit der Zeit zu einer braunen oder grauen Pigmentzone sich umwandelt. Die Follikel selbst können von ihrer anfänglichen Anschwellung aus atrophiren, so dass nur noch die leeren Pigmentkränze ihre Stellen andeuten. Oder ihre Schwellung nimmt zu und sie stellen weissliche bis gelbröthliche Vorragungen dar, von weichem, schwammigem Durchschnitte. Es sind dies die von Hervieux geschilderten Entzündungsformen derselben. Von dem Beginne ihrer Anschwellung aus können sie in acutere Entzündungsformen mit Verschwärung übergehen; es geschieht dies besonders mit den Solitären des Dickdarmes (Follicularverschwärung); von der blassen Schwellung aus kann Verkäsung einzelner Theile derselben stattfinden und so eine Form von Darmgeschwür, meist im Ileum, sich entwickeln, die man gemeinhin als tuberculöse auffasst (scrophulöses Darmgeschwür Niemeyer's). An allen diesen Formen nehmen die zugehörigen Mesenterialdrüsen Theil, mindestens in Form einer starken Schwellung, an letzterer stets so, dass auch in ihnen käsige Heerde sich entwickeln.

Von sonstigen Veränderungen finden sich: die Milz oft in leichtem Grade geschwellt, hyperplastisch aber blutarm, die Leber gross, blass, fettreich, weit seltener gross und blutreich, oder klein und von bräunlicher Farbe. An den Nieren sind chronischer Katarrh der Papillen, harnsaure und erdige Infarcte, kleine Steinchen des Beckens überaus häufige Befunde. Im übrigen herrschen Blutarmuth und Abmagerung der inneren Organe vor. Das Herz ist klein und mit wenig Gerinnseln gefüllt, in den grossen Venen finden sich öfter spontane Blutgerinnungen (Sinus durae, V. renalis), die Lungen sind bei einiger Hyperämie der Bronchien sehr oft Sitz von Atelektasen und Schluckpneumonieen, hie und da auch von hämorrhagischen Infarcten, Folgen jener Thrombosen (Schwarze). Das Hirn ist bald mehr anämisch, bald mehr venös gestaut und atrophisch, selten Sitz von einzelnen Erweichungen oder von Hämor-

rhagie in Folge der Sinusthrombose. Verbreitete Amyloidentartung innerer Organe ist neuerdings als Folge öfter hervorgehoben worden. Die Darmscrophulose führt auch manchmal die Tuberculose in den Körper ein.

Die Ursachen der Darmkatarrhe liegen grösstentheils in der Ernährungsweise; weniger Einfluss üben Wohnung, Pflege und Reinlichkeit, Temperaturwechsel, Gemüthserregungen und Entwicklungsvorgänge des Körpers.

Die ganze Sterblichkeit des frühen Kindesalters wird durch diese Krankheit beherrscht. Sie hauptsächlich gleicht, indem sie mehr Knaben betrifft und unter diesen schwerer auftritt, das anfängliche Ueberwiegen der Knaben unter den Geborenen wieder aus. Dem Alter nach stellt sich die Sache so, das Frühgeborene wegen der Unentwickeltheit ihrer Verdaunngsorgane ihr besonders stark ausgesetzt sind, dass dann die erste Woche des Lebens fast gar nicht, die zweite, dritte und vierte dagegen stark betroffen wird. Jeder folgende Monat hat eine geringere Zahl der Erkrankungen aufzuweisen, als der vorausgegangene. So wenigstens bei uns, wo im Laufe des ersten Monates die Einleitung der künstlichen Auffütterung am Häufigsten geschieht. Von den Jahreszeiten bringen die des Hochsommers und Herbstes die meisten Fälle zur Behandlung. Je heisser das Jahr, je heisser das Land, desto häufiger die Krankheit. In Nordamerika, wo sie in erschreckender Ausdehnung auftritt (in New-York starben in 10 Jahren 10,000 Kinder daran, Hexamer), wird sie geradezu Summer complaint genannt. Sie ist mehr Krankheit der Armen, als der Reichen, weit mehr grosser Städte, als des flachen Landes. Die Theuerung und Verschlechterung der Nahrungsmittel, namentlich der Milch, fördert ihr Auftreten in grossen Städten. Feuchte Wohnungen, Unreinlichkeit am Leibe mögen etwas begünstigend wirken, die Hauptschuld fällt doch immer der Nahrung zu.

Frauen, die selbst stillen, sehen ihre Kinder an Diarrhöe erkranken nach heftigen Gemüthserregungen, nach Speisen, die ihnen selbst Verdauungsstörungen zuziehen oder abführende Stoffe in die Milch übergehen lassen, manchmal regelmässig beim Eintritte der Menstruation. (Le Barillier erzählt, dass er aus der Diarrhöe seines Kindes den Eintritt der Periode seiner Amme vorhersagen konnte.) Auch der Ausübung des Beischlafes schreibt man eine solche Wirkung zu. Wie das Colostrum abführend wirkt, das nur Albumin, kein Casein enthält, so wirkt auch oft Milch aus späterer

Zeit, die viele Colostrumkörperchen führt, abführend. Die Ammenmilch kann für das Kind, sowohl weil sie zu fett, als weil sie zu wässerig ist, diese Wirkung haben; oft ist sie gut und wird nur aus Unkenntniss zu häufig gereicht: auch dadurch entsteht Diarrhöe; oder die Milch ist gut; aber sie entspricht nicht dem Alter des Kindes.

Für die künstliche Auffütterung hat man versucht, durch Kuhmilch mit Zuckerwasser, Salepschleim u. dergl. ein der Muttermilch ähnliches Nahrungsmittel herzustellen. Am Vollständigsten geschieht dies durch das Liebig'sche Nahrungsmittel für Kinder, das mittelst des Präparates von Liebe leicht angefertigt werden kann. Aber auch dabei hat man unendlich viel häufiger, als beim Stillen an der Brust, mit Darmkatarrhen zu kämpfen. Am Schlimmsten gestaltet sich die Sache, wenn die künstliche Auffütterung überwiegend mit zucker- und stärkmehlhaltigen Stoffen oder mit beliebiger gemischter Nahrung versucht wird. Das Entwöhnen ist um so mehr ein kritischer Moment für die Functionen des Magen- und Darmkanals, je früher dasselbe vorgenommen wird. Neun Monate müssen als Norm des Selbststillens gelten; ausserdem soll die Entwöhnung nicht gerade mit dem Durchbrechen eines Zahnes zusammentreffen und womöglich nicht in den Hochsommer fallen. Wir haben schon wiederholt hervorgehoben, dass sie langsam zu vollziehen sei, so dass das Kind möglichst lange noch die Brust nebenbei bekommt. Bald ist es nach dem Entwöhnen die Kuhmilch überhaupt, bald nur die einer bestimmten Kuh, bald eine andere nebenbei gereichte Speise, die dem Kinde Diarrhöe macht.

Sehr oft bleibt die Neigung, durch Milch Dyspepsie und Darmkatarrh zu bekommen, längere Zeit bestehen, jeder neue Versuch hat das gleiche Resultat und man muss monatelang mit anderen Nahrungsmitteln sich behelfen. Glücklicherweise ist dies nicht die Regel und es gelingt meist bald, den kindlichen Darmkanal an das neue Nahrungsmittel zu gewöhnen.

Schliesslich haben wir noch der Erkältung, der Gemüthserregung und des Zahnens als Ursache der Diarhöe zu gedenken, dreier Einflüsse, die immer erst dann zur Sprache kommen sollten, wenn die Nahrung als unschädlich erkannt ist. Erkältung und Gemüthserregung haben diese nachtheilige Wirkung eher bei älteren Kindern, als bei Säuglingen. Dass das Zahnen durch reichlich verschluckten Speichel und auch auf andere unbekannte Weise noch Diarrhöe verursachen kann, mag immerhin zugestanden werden, aber man darf

darin weder etwas Heilsames (Ableitung von Hirnerscheinungen, wie Eichstedt vielfach nachgebetet wird), noch auch die Regel sehen. Man darf namentlich nicht, wie es leider zu oft geschieht, das Zahnen als Vorwand benützen, um die Ernährungsverhältnisse ununtersucht zu lassen und um den Anfängen einer Erkrankung gegenüber unthätig zu bleiben, die so viele Kinderleben kostet. — Bezüglich der Entstehung von Darmkatarrh aus Dyspepsie sei auf diesen Abschnitt verwiesen.

a. Acuter Darmkatarrh (Cholera infantum).

Als Vorläufer acuten Darmkatarrhes kann man in vielen Fällen besonders feste Stühle und Erbrechen kürzere oder längere Zeit nach der Nahrung betrachten. Dann ändert sich die Beschaffenheit und Zahl der Stuhlentleerungen. Wenn man auch annimmt, dass bis zu vier Malen in Tag und Nacht Stuhlentleerung erfolgen dürfe, so ist doch auch innerhalb dieser Zahl jedes ungewöhnliche Verhalten verdächtig, z. B. Entleerung zu ungewohnter Zeit oder mehrere Stühle kurz nach einander. Die Besichtigung entscheidet zunächst. Stühle aus lockeren, unveränderten Milchgerinnseln bestehend oder mit solchen untermengt, blasige hefenartige Massen von auffallend üblem oder saurem Geruche dürfen als sicheres Zeichen starken Darmkatarrhes, genau genommen als dessen zuverlässige Ursache gelten. Einige Tage mögen noch hingehen mit Wechsel von Diarrhöe und festerem Stuhl, schlechterem Befinden ohne schwer erkranktes Aussehen, zeitweisem Erbrechen, dann aber folgen häufige, dünne, wässerige oder gelbschleimige oder grüne Stühle bis zu 20 und mehr im Tage, von stark saurer Reaction, leicht nachweisbarem Eiweissgehalte, der bei normalen Stühlen fehlt, fadem oder saurem Geruche, scharfer Beschaffenheit, so dass sie die Haut um den After röthen und wund machen. Sehr rasch treten die Zeichen der gestörten Resorption auf. Die Ausscheidungen aus dem Blute dauern fort, ein Ersatz namentlich an Wasser wird nicht oder unvollständig aufgenommen. Der Blutdruck sinkt, der Puls wird klein und frequent, der Harn spärlich und dunkel, die Haut trocken, an den äussersten Theilen kühl. Dann werden Parenchymsäfte resorbirt, das Gesicht fällt ein, das Auge wird matt und glanzlos, die Fontanelle vertieft sich, an den Nähten schieben sich die Knochenränder übereinander und zwar so, dass die Scheitelbeinränder die höher liegenden sind, der Schädel accommodirt sich dem abnehmenden Umfange des Hirns. Schliesslich treten Verhältnisse ein wie bei Cholerakranken, die Ar-

terien werden leer, ihr Puls kaum fühlbar, das Blut sammelt sich in den Venen, besonders denen der grossen Höhlen an, arterielle Hirnanämie erzeugt Pupillenstarre, Sopor, später Convulsionen, Anämie des verlängerten Markes bewirkt dyspnoisches, unregelmässiges Athmen, der Schrei wird schwach und heiser — in einem Anfalle von Convulsionen, durch Schluckpneumonie, also schliesslich mit gesteigerter Temperatur, oder ruhig durch Erschöpfung erfolgt der Tod. Auch marantische Thrombosen — der Hirnsinus, der Nierenvene (Beckmann) können das tödtliche Ende einleiten. Die günstigeren Ausgänge sind die in Genesung oder in chronischen Darmkatarrh.

Die Prognose ist von Anfang an unsicher, obwohl man sich sagen muss, es dürfte kein Kind diesem Uebel erliegen, rechtzeitige und mit den rechten Mitteln geschaffte Hilfe müsste jedes der Gefahr entreissen. Kann man frühzeitig dem Säuglinge gute Muttermilch wieder reichen, so ist sie das beste Heilmittel für sein krankes Verdauungsorgan (vergl. oben). Geht dies nicht an und wurde er mit Semmel, Brei oder dergl. aufgefüttert, so versuche man Liebig's Nahrungsmittel, daneben Pepsin, Salzsäure, vielleicht vorerst Kalomel. Trat die Diarrhöe während der Milchnahrung ein, so muss diese auf einige Tage ausgesetzt und statt ihrer Hafergrütze, Ei, Rothwein gegeben werden. Viel Nahrung kann nicht verdaut und darf nicht gegeben werden. Daneben kann man Opiumtinctur gtt. $^1/_6$—$^1/_2$ pr. dosi, Bismuthum subnitricum, Kalkwasser innerlich, Stärke- oder Höllensteinklystiere versuchen. Sinkt der Puls und werden die entfernteren Theile kühl und blau, so ist das warme Bad (28—29° R.) angezeigt und starker Wein zu reichen. Von den zahlreichen in neuerer Zeit empfohlenen Arzneimitteln sei noch speziell erwähnt: Zinkoxyd, Tct. capsici, Bromkalium. Mehr Erfolg als von diesen Medikamenten ist von der hydropathischen Behandlung, nassen Einwickelungen, kalten Umschlägen auf den Unterleib zu erwarten, besonders dann wenn die Krankheit in der heissen Jahreszeit auftritt. Wo die Kinder nicht mehr saugen, versuche man ausgepumpte Muttermilch theelöffelweise zu reichen oder durch einen Katheter in den Magen zu spritzen.

b. Catarrhus intestinalis chronicus (Tabes mesaraïca, Atrophia infantum).

Erbrechen und Durchfall nehmen nicht den erschöpfenden Charakter an, aber sie dauern, namentlich letzterer, unter dem Ein-

flusse zu reichlicher oder unverdaulicher Nahrung fort. Täglich mehrmals werden nach vorausgegangenem Stöhnen und Wimmern und schmerzlichem Verziehen des Gesichtes unter Kollern und Poltern im Unterleibe Stühle entleert, die bald der Hauptsache nach wässerig sind, mit gelben und weisslichen, krümeligen Beimengungen, bald dünn, breiig, von ungleicher Farbe, gelb, grün und weiss gemischt, im Ganzen von stark saurer Reaction und von dünner Beschaffenheit. Bei solchen Kindern leistet der Darm seinem Inhalte weniger Widerstand, Gas, aus H, N, CO_2 bestehend, häuft sich an, der Unterleib wird aufgetrieben und zeigt die stark abgeprägten Wülste des Darmes an seinen Decken. Der Darm wird atrophisch, die Epithelien entarten, Zotten und Falten verkümmern, die Gekrösdrüsen schwellen an, der Körper, dem von der Nahrung nichts oder wenig zu gute kommt, magert ab. Es gibt dies die greisenhaften Gesichter mit faltiger Haut, hohlen Wangen und eingefallenen Augen. Die Muskeln werden schwach, das Fettgewebe schwindet, auch das Knochenwachsthum bleibt zurück. Während alles Fett aus dem Körper resorbirt wird, lagert sich solches in der Leber ab, sie schwillt an und trägt dazu bei, den aufgetriebenen Unterleib in Missverhältniss zu dem übrigen Körper zu setzen. Mit dem übrigen Darmkanal tritt auch die Mundhöhle in katarrhalischen Zustand; saurer Speichel wird reichlich abgesondert, die Schleimhaut ist allenthalben roth und glatt, wenn nicht Soor hinzutritt und auf so günstigem Boden rasch sich ausbreitet. Viele dieser Kinder gehen doch noch an neuen acuten Darmkatarrhen zu Grunde, andere erfahren den Uebergang ihres Leidens in Scrophulose, Amyloidenentartung der inneren Organe oder Rachitis. Günstigenfalls vergeht längere Zeit, ehe Atrophie und Anämie sich verlieren und die Verdauungsorgane wieder in einen zuverlässig günstigen Zustand eintreten.

Die Behandlung ist auch hier überwiegend eine diätetische. Obenan steht der Grundsatz, dass die Menge der Nahrung nur soviel betragen darf, als verdaut werden kann. Jedes Mehr ist zugleich schädlich. Was die Qualität betrifft, so kann man hier mit Vortheil von rohem geschabten Rindfleisch Gebrauch machen (Weisse), etwa 2—3 Theelöffel voll täglich, Eigelb, Cacao, Haferschleim, schleimige Suppen von starker Bouillon sind zu empfehlen; Milch wird selten ertragen, Wein dagegen um so besser. Im Beginn wendet man mit Vortheil Mixturen von Tannin, Opiumtinctur und Wein an, im weiteren Verlaufe adstringirende Pflanzenstoffe, z. B. Extr. Ligni Campechiani, Tinct. Catechu, Guarana, besser noch Wis-

muth, Höllenstein oder Eisenchlorid (3mal täglich 1—2 Tropfen in Wasser); namentlich von letzterem Mittel habe ich, wo die Diät sich passend einrichten liess, vortrefflichen Erfolg gesehen. Zum inneren Gebrauch kann ich ferner eine Arznei von Tannin Grm. 0,2—0,5, Tinct. Opii Gtt. 2—6, Vini Tocayensis Grm. 15, Aqu. Grm. 100 empfehlen, neben Anwendung von Höllensteinklystieren. Bei sehr chronischen Formen passt Eisenpulver mit kohlensaurem Kalk und etwas aromatischem Zusatz. Auch das grüne Chromoxyd verdient versucht zu werden. Tritt Soor auf, so muss er sorgfältig weggewischt und die Mundschleimhaut mit Alkalien bepinselt werden. Wunde Stellen am After sind mit Höllenstein oder übermangansaurem Kali in Lösung zu bestreichen.

c. Follicularerkrankung des Darmes (Enteritis folliculosa).

Wenn bei der letztbesprochenen Form die Kinder auffallend stark abmagern und verfallen, zu fiebern beginnen, ihr sehr übelriechender Stuhl reichlich Schleimklümpchen enthält und hie und da blutige Puncte oder Streifchen, so hat man Grund zu der Vermuthung, dass es sich um eine im Dickdarme und etwa noch dem Ileum vorhandene Erkrankung der Darmfollikel handle, derart wie wir sie oben anatomisch geschildert haben. Die Behandlung ist die gleiche, wie im vorigen Falle, die Prognose weit ungünstiger.

VII. Stuhlträgheit.

Verstopfung, Obstipation.

A. Jacobi: Ueber einige wichtige Ursachen der Verstopfung bei Kindern. Amer. Journ. of obstetr. Mai 1869. Schmidt's Jahrb. 1869. IV. pr. 184.
H. Bohn: Bemerkungen über die habituelle Stuhlträgheit im früheren Kindesalter. Jahrb. für Kinderkrankheiten. N. F. I. p. 83.

Stuhlverstopfung als Zeichen von Darmkatarrh, verminderter Darmbewegung und von anomaler Beschaffenheit der aufgenommenen Speisen kommt dem ersten Lebensjahre besonders häufig zu. Die Kothentleerung erfolgt in diesem Falle nur einmal täglich oder immer erst nach mehreren Tagen. Das Entleerte ist hart, bröckelig, gallenarm, oft untermengt mit weissen, festkäsigen Einsprengungen. Der Act der Entleerung erfolgt gewöhnlich erst nach mehrfachen vergeblichen Versuchen. Er ist mit ungewöhnlicher Anstrengung, Blauwerden des Gesichtes, bisweilen leichten convulsivischen Zufällen verknüpft. Ein Zustand der Erschöpfung folgt, dessen An-

denken dazu beiträgt, neue Entleerungsversuche zu vermeiden oder hinauszuschieben. Die Mastdarmschleimhaut kann bei der Entleerung vorfallen und verletzt werden, so dass Blutpuncte oder Streifen dem Kothballen aussen ankleben. Bei hartnäckiger und langdauernder Stuhlverstopfung zeigt der weiche und mässig aufgetriebene Unterleib sichtbare oder tastbare, knollige Härten, die durch Fingerdruck weiter bewegt und in ihrer Form verändert werden können und längs des Kolons, namentlich des quer- und absteigenden Grimmdarmes angeordnet sind. Oft gehen aus Stuhlverhaltung vorübergehende ein- oder mehrtägige Fieberzustände hervor, selbst Krämpfe können daran sich anschliessen. Den einzelnen Entleerungen gehen Kolikanfälle voraus. Nach Bohn werden nicht allein Hirnhyperämie, sondern auch chronische Kopfausschläge dadurch bewirkt. Derselbe Schriftsteller bezeichnet die Stuhlträgheit im ersten Lebensjahr als regelmässigen Vorläufer der Rachitis. Als Anfang der Dyspepsie und namentlich als erste Störung nach dem Entwöhnen haben wir sie früher schon geschildert.

Jacobi hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass caseinreiche Milch, besonders Kuhmilch, durch feste, klumpige Gerinnung dieses Bestandtheiles zu harter Beschaffenheit des Kothes und so zu dieser Krankheit Veranlassung geben kann. Reichlicher Genuss caseinreicher Milch muss daher als eine der Ursachen der Krankheit bezeichnet werden. Häufiger sind es schwere, feste Pflanzenstoffe, die sie verursachen; namentlich wo die Nahrung spärlich und dann aus diesen Speisen zusammengesetzt ist, wirkt sie verstopfend. Manchmal ist die Krankheit Symptom einer chronischen Vergiftung, z. B. der Bleivergiftung, entstanden durch Ablecken von Visitenkarten oder Bleisoldaten oder von Opiumvergiftung in Folge von verkehrtem Gebrauch dieses schlafmachenden Mittels. Bei älteren Kindern entsteht sie nicht allein durch überwiegende Pflanzennahrung, dürftige Ernährung, sondern auch durch Mangel an Körperbewegung, durch Hirn- und Nervenkrankheiten und durch organische Fehler des Darmkanals. Bei Säuglingen wird ihre Entstehung durch die verhältnissmässige Länge der Flexura sigmoidea und deren Ausbeugung nach Rechts begünstigt.

Die Behandlung hat zunächst die Beseitigung der Ursachen zum Gegenstand. Verdünnung der Milch, Einführung mehr animalischer Kost, Beseitigung übler Gewohnheiten, Turnen und Springen kommen hier in Frage. Wo unverdauliche Stoffe im Darmkanal angehäuft sind: Fruchtkerne, Brodrinde, Hülsenfrüchte u. s. w., wo Kothge-

schwülste am Bauche gefühlt werden, müssen stärkere Abführmittel angewandt werden, wie Kalomel, Senna, Faulbaumrinde und reichliche erweichende Klystiere müssen der Wirkung dieser entgegenkommen. Bei leichteren Formen genügen Kaltwasserklystiere, Obstbrei, Rheum, etwas Sodawasser oder Bitterwasser innerlich. Gewöhnlich genügt passende Ernährungsweise, um für die Zukunft dem Uebel vorzubeugen.

VIII. Darmsteine.

Kothsteine, Enteroliten.

M. Jaeger: Ueber die Darmsteine des Menschen und der Thiere. Berl. 1834.
Bauer: Ein lethal verlaufener Fall von Koprostase bedingt durch einen Darmstein. Jahrb. f. Kinderkrankh. IX. 386.

Im Magen und Dünndarme bilden sich steinige Concretionen sehr selten, ihr vorwiegender Sitz ist im Dickdarme, namentlich im Coecum. Sie haben häufig geschluckte feste Körper zum Kerne, so Steine von Früchten, Knochenstückchen, Sandkörner, Eierschalen, Holz, doch auch Gallensteine, abgestorbene Entozoen u. s. w. Ihre Entstehung wird begünstigt durch vorwiegende Ernährung mit Vegetabilien, durch reichlichen Genuss von schwerverdaulichen, an mineralischen Substanzen reichen Nahrungsmitteln, so Haferbrod, Hülsenfrüchte, oder durch Befriedigung abnormen Appetites nach Kreide, Erde und ähnlichen Dingen, endlich durch Unregelmässigkeit der Darmentleerungen, namentlich chronische Stuhlverstopfung. Sie sind meist von rundlicher doch auch von unregelmässiger Form, erlangen die Grösse einer Haselnuss, einer Nuss, bisweilen selbst bei Kindern die eines Taubeneies und bestehen neben Cellulose und anderen Resten vegetabilischer Substanzen aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

Obwohl überhaupt eine ziemlich seltene Krankheit, im frühesten Kindesalter ganz fehlend, im späteren über die Häufigkeit des Vorkommens bei Erwachsenen nicht prävalirend, sind die Darmsteine doch bei der Beurtheilung chronischer Darmerkrankungen der Kinder entschieden mit in Rechnung zu ziehen. Sie wirken örtlich irritirend, verengen das Lumen des Darmes und können es obturiren und können als Geschwulst von den Bauchdecken her gefühlt werden. Durch die Irritation der Darmwand seitens des harten Fremdkörpers entsteht Verschwärung und ausgebreiteter Flächencatarrh, die sich durch Schmerz in einer Gegend des Unterleibes meist dem

Colon adcendens entsprechend, durch heftige häufige Kolikanfälle und durch hartnäckige Diarrhoe in manchen Fällen äussern. In anderen Fällen bestehen unbestimmte chronische Darmbeschwerden, bis ein plötzlicher Anfall von Ileus sich einstellt. Die Diagnose wird namentlich dann gestellt werden können, wenn nach den angedentenden Symptomen, bei fieberlosen Kranken eine harte verschiebbare Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend gefühlt wird oder wenn zuvor schon Darmsteine abgegangen sind.

Man wird unter diesen Umständen vorwiegend animalische Nahrung anrathen, wo Schmerzen und Diarrhoe bestehen, Opium in entsprechenden Dosen innerlich anwenden, radicale Hülfe hauptsächlich von reichlicher Wasserinfusion in den Darm, vom Rectum her mittelst elastischen Rohres und Trichters, erwarten. Die Versuche zur operativen Entfernung des Steines haben bis jetzt durchgehends ungünstigen Erfolg gehabt.

IX. Helmithiasis.

Wurmkrankheit.

C. Davaine: Traité des entozoaires. Par. 1860.
R. Leuckart: Die menschlichen Parasiten. Leipz. u. Heidelb. 1863.
Drasche: Ueber die Behandlung des Bandwurmes. Wien. med. Wochenschrift 1866. Nr, 31.
Küchenmeister: Ueber Wurmabscesse etc. Oestr. Zeitschrift f. prakt. Heilk. 1867. Nr. 16.
Bouchut: Accidents vermineux causés par des lombrics. Gaz. des hôp. Nr. 42, 1867.

Eine Anzahl von Wurmkrankheiten kommt bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen vor, wenigstens soferne man von den besonderen Verhältnissen bei Geisteskranken (V i x) absieht. Wir werden nur diese Formen der Wurmkrankheit hier ausführlicher besprechen. Die Ansicht, dass Eingeweidewürmer unschuldige, höchstens hie und da lästige Nebenbewohner desselben Hauses darstellten, ist immer mehr unhaltbar geworden. Auch von denjenigen dieser Parasiten, die die gleichgültigste Rolle zu spielen schienen, sind ganz ernste Gefährdungen des Lebens bekannt geworden. Namentlich das Werk Leuckart's hat dazu beigetragen, in dieser Hinsicht Sorglosen die Augen zu öffnen. Man weiss jetzt, dass der gewöhnlichste Bandwurm, Taenia solium, wenn geschlechtsreife Glieder desselben in den Magen hinaufkommen, durch acute Cestodentuberculose oder Cysticerkenerkrankung des Gehirns tödtlich

werden kann, dass die Leberegel (Distomum) bei ihrer Einwanderung in die Gallenwege lebensgefährliche Gelbsucht verursachen können (Fall von Biermer), dass selbst die kleinen, unscheinbaren Trichocephalen sich gegen die Darmschleimhaut gar nicht indifferent verhalten. Kurz, es ist klar geworden, dass die baldige Erkenntniss und Entfernung der Eingeweidewürmer von weit grösserer Bedeutung ist, als man nach ihrem verbreiteten Vorkommen zunächst vermuthen möchte. Andererseits muss man sich hüten, schwere Erkrankungen anfangs unbestimmten Charakters ohne beweisende Gründe, bloss auf Vermuthen und Meinen hin, als Wurmkrankheit aufzufassen, an die Stelle genauer Untersuchung eine bequeme Hypothese treten zu lassen. In dieser Beziehung ist sogleich hier ein äusserst werthvoller Behelf der Diagnostik zu erwähnen, die mikroskopische Untersuchung des Kothes. Die meisten Eingeweidewürmer mischen dem Darminhalte eine solche Menge von Eiern bei, dass fast jedes zufälliger Beschmutzung des Afters entnommene Präparat ein oder das andere Ei unter dem Mikroskop erkennen lässt. Die Form des Eies kennzeichnet aber auch sofort den vorhandenen Parasiten. Man ist also nicht mehr darauf angewiesen, allein aus dem Abgehen des ganzen Thieres oder einzelner Glieder desselben die Diagnose zu stellen, dass es da war, oder probeweise Abtreibungsversuche zu machen, sondern man kann auf Grund der erwähnten Untersuchung jedem Menschen sagen, ob und welche Eingeweidewürmer er beherbergt. Die auf den nächsten Seiten beigegebenen Abbildungen von Enthelminthen-eiern stammen sämmtlich von Demonstrationen an ambulanten Kranken der Klinik in Jena her.

Fig. 36.



Zwei Eier von Taenia solium und ein Fragment eines solchen zwischen Tripelphosphatkrystallen, Muskelbündeln und anderen Kothbestandtheilen.

Fig. 37.



Eier von Trichocephalus dispar.

1. Ascaris.

Spulwurm.

Nahezu der häufigste unter allen Eingeweidewürmern ist der Spulwurm des Menschen (Ascaris lumbricoides). In einzelnen Fällen ist auch der Spulwurm der Katze (A. mystax) beim Menschen angetroffen worden. Ersterer ist cylindrisch, gelbroth, erreicht, wenn weiblich, gegen 400 Mm. Länge, über 5 Mm. Dicke, wenn männlich, 250 Mm. Länge und 3 Mm. Dicke, hat am Kopfende 3 Lippen und einige Hundert äusserst feiner, diese umgebender Zähne. Das Hinterleibsende des Männchens ist nach dem Bauche eingerollt. Bei den Weibchen liegt die Vulva vor der Körpermitte. Die scharfriechende Ausdünstung der herausgenommenen Thiere verursacht bei manchen Leuten Reizung der Sinnesorgane und der Haut. Der Spulwurm bewohnt den Dünndarm und scheint sein Wachsthum sehr schnell zu vollenden, da nur selten junge, noch kleine Exemplare sich vorfinden. Manchmal sind Hunderte, gar nicht selten Dutzende des Wurmes vorhanden. Sein Vorkommen im Dickdarm und Magen, sehr selten in den Gallenwegen, der Vulva oder den Luftwegen, ja in der Tuba und den Nebenhöhlen der Nase muss als Auswanderung oder Verirrung betrachtet werden. Merkwürdigerweise haben diese Würmer eine besondere Neigung, sich durch enge Oeffnungen hindurchzuzwängen. Man hat sie schon in zufällig verschluckte Drahtösen eingezwängt gefunden, sogar einen in zwei derselben und daher erklärt es sich, dass sie bei geschwürigen Durchbohrungen des Darmes meistens durch die Perforationsöffnung auswandern. Dass sie selbst activ den Darm durchbohren können, möchte ich nicht bezweifeln; ob die hie und da beobachteten Durchbrüche der Würmer in der Nabelgegend bei Kindern, in der Leistengegend bei Erwachsenen auf activem Vorgehen der Würmer oder auf Schicksalen zuvor dort vorhandener Hernien beruhen, ist schwer zu entscheiden. Das scheint sicher, das die Ascariden von ihren zahlreichen Zähnen sehr selten solchen Gebrauch machen, dass sie die Darmwand durchlöchern und dass die meisten Fälle, in welchen die Thiere ausserhalb des durchlöcherten Darmes angetroffen wurden, in nachträglichem Durchschlüpfen durch anderweit gebildete Löcher ihre Erklärung finden. Aus einigen Beobachtungen geht hervor, dass der Darmwand anliegende Spulwürmer Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut verursachen können; für gewöhnlich lassen sie den Darm unverändert.

Die Art der Einwanderung ist noch unbekannt. Man weiss, dass zahlreiche Spulwurmeier, an Säugethiere verfüttert oder von Experimentatoren verschluckt, keinen Erfolg haben. Ob ein Zwischenwirth nöthig ist, oder ob die Embryonen sonst ausserhalb des Körpers sich entwickeln müssen, steht noch dahin. Gewiss ist, dass Kinder mehr als Erwachsene, Geisteskranke mehr als Gesunde, Neger mehr als Weisse, Landleute mehr als Städter daran leiden. In einzelnen Dörfern ist die Krankheit überaus häufig; manches Jahr scheint ihrer Entstehung besonders günstig.

Die Symptome der Wurmkrankheit erklären sich theilweise aus direkter Einwirkung auf die Darmschleimhaut; Anfälle von Diarrhöe, so wie sie katarrhalisch gereizt wird, Stuhlverstopfung, wo mehrere Askariden zum Knäuel verschlungen den Darm verstopfen, starker oder geringer Appetit, selbst Appetit nach einzelnen Speisen, wie Brod und Mehlspeisen, können hierher gerechnet werden. Auch der Kitzel am After kann durch wandernde Würmer direct hervorgerufen sein. Andere Symptome lassen sich zwar nicht direct erklären, doch annähernd auf Sympathicus-Reizung zurückführen; so auffallend weite, oder in ihrer Weite auffallend wechselnde Pupillen oder rascher Wechsel der Gesichtsfarbe; auch Jucken an der Nase und öfteres Aufschreien im Schlaf gelten im gewöhnlichen Leben als Symptome der Wurmkrankheit. Wandern die Würmer an den After und von dort an die Geschlechtstheile, so entsteht heftiges, aber bald mit der Entfernung des Thieres beseitigtes Jucken. Wandern sie aufwärts und gelangen in den Magen, so kann ein 1—3tägiger Fieberanfall entstehen, der mit dem Ausbrechen der Würmer seine Lösung findet. Schieben sich jüngere Exemplare in die Mündung des Gallenganges ein, so entsteht Gelbsucht und Leberkolik. Wenn sich viele zum Knäuel ballen, können sie alle Symptome der Darmverschliessung, von der Auftreibung des Unterleibes und Stuhlverstopfung bis zum Kothbrechen, verursachen. Selbst Stickanfälle, durch Hineinkriechen in den Larynx oder in die Luftröhre veranlasst, sind beschrieben worden. Dass irgend welche der erwähnten schweren Symptome auf der Anwesenheit von Spulwürmern beruhen, kann kaum anders erkannt werden, als dadurch, dass die Thiere selbst oder ihre Eier zur Anschauung gebracht werden. In der eminenten Mehrzahl der Fälle macht die Anwesenheit einer Anzahl von Würmern gar keine Erscheinung, und erst das zufällige Abgehen einzelner Exemplare mit dem Koth weist auf ihr Vorhandensein hin. Wenn man Koth ganz gesunder Personen mi-

Fig. 38.



Zwei Spulwurmeier zwischen Stärkekörnern, Fleischfasern und anderen Bestandtheilen des Stuhles.

kroskopisch untersucht, begegnet man nicht selten Spulwurmeiern. Kranke bekommen eher als Gesunde durch Spulwürmer Beschwerden. Krankheiten des Darmes namentlich, dann auch hochfieberhafte Krankheiten verursachen Wanderungen der Spulwürmer, die zu lästigen Symptomen führen können. So kommt es, dass die Symptome der Helminthiasis oft neben jenen anderer Krankheiten auftreten und von denen, welche die oberflächlichste Anschauung der Dinge für die berechtigtste halten, allein beachtet werden. Anderseits gehört allerdings einige Aufmerksamkeit dazu, um das vielgestaltige Bild der Spulwurmkrankheit nicht hie und da zu übersehen oder zu verkennen. In dieser Beziehung kann die mikroskopische Untersuchung des Kothes für alle die Fälle aufs Dringendste empfohlen werden, in welchen Kinderkrankheiten durch die sonstige Untersuchung keine völlig befriedigende Erklärung finden. Dass auch diese Methode in ganz seltenen Fällen ungenügend sein kann: bei Anwesenheit ganz weniger oder nur männlicher Spülwürmer, bei Wanderung derselben in den Larynx, die Rachenhöhle, Vulva etc., liegt nahe.

Die Prognose der Krankheit ist günstig. Die meisten Fälle können leicht geheilt werden. Darmdurchbohrung, Peritonitis, Hereingelangen in die Luftwege ist äusserst selten und auch in manchen dieser Fälle lässt sich noch Heilung erzielen. Diese Vorkommnisse erinnern jedoch dringend daran, dass, sobald die Anwesenheit von Askariden festgestellt ist, ihre Abtreibung überall da unverweilt vorzunehmen ist, wo nicht besondere Contraindicationen entgegenstehen.

Für die Behandlung ist es wichtig, den richtigen Zeitpunkt zu wählen, d. h. denjenigen, wo die Anwesenheit der Spulwürmer festgestellt ist und möglichst wenig contraindicirende Umstände vorhanden sind. Man gibt Vormittags stündlich eine Dose von 0,05— höchstens 0,1 Santonsäure, dies 3—4 Mal; dann Nachmittags ein Abführmittel irgend welcher Art, Sennalatwerge, Bittersalz, Ricinusöl etc., das mehrere dünne Stühle bewirkt.

Ueber die Wirkung der Santonsäure sei hier bemerkt: sie macht 1—3

Stunden nach dem Einnehmen Farbensehen (Chromatopsie), überwiegend Beimengung von Gelb zu den gesehenen Farben. Der Urin wird auf 1—2 Tage dunkelgelb gefärbt und nimmt bei Zusatz von Alkalien eine feuerrothe Farbe an. Zu grosse Dosen erregen Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel. Die Spulwürmer werden durch Santonsäure in einen starren, regungslosen Zustand versetzt, in dem sie leicht aus dem Darmkanal herausgeschwemmt werden können. Aber sie werden nicht getödtet, desshalb ist das Nachschicken eines Abführmittels nothwendig. Die Anwendung der im Handel vorkommenden santoninhaltigen Wurmplätzchen ist nicht zu rathen, weil dabei die Dosirung dieses keineswegs gleichgültigen Mittels sehr unsicher ausfällt. Die unglücklichen Verwechselungen des Santonins mit Strychnin sind hoffentlich bekannt genug geworden, um für alle Zukunft von den Apothekern vermieden zu werden.

Die Wirksamkeit des Santonins ist so sicher, dass andere Mittel kaum mehr nöthig sind. Sollte es sich etwa um solche handeln, so würde am ersten noch das Ol. tanaceti aether. zu gr. 0,5—1 in 15—30 gr. Ricinusöl gemischt, zu empfehlen sein.

Oxyuris.

Madenwurm.

Die gewöhnliche Art, O. vermicularis, bewohnt den Dickdarm und stellt 4—10 Mm. lange Würmer dar, von denen dem Männchen das erstere, dem Weibchen das letztere Maass zukommt. Die Dicke der ersteren beträgt 0,16, die der letzteren 0,6 Mm. Er ist weisslich, drehrund, das Weibchen mit einem pfriemenförmig zugespitzten Schwanzende versehen. Die Eier sind 0,052 Mm. lang und nahezu halb so breit. Die Weibchen kommen bedeutend häufiger im Darme vor, als die Männchen. Sitz des Wurmes ist der ganze Dickdarm, häufig der Mastdarm in besonderem Maasse. Es können sich Tausende von Exemplaren im Kolon vorfinden, einzelne Verirrte kommen hie und da in der Umgebung des Afters, am Damm, in der Scheide vor. Von den Lebensverhältnissen des Wurmes ist bekannt, dass er Koth in seine Nahrungswerkzeuge aufnimmt, zahlreiche Eier legt, deren charakteristische Form die beistehende Abbildung wiedergibt, dann aber schwarmweise in der Abendzeit Wanderungen in der Umgebung

Fig. 39.



Drei Oxyureneier in der Mitte des Präparates.

des Afters antritt, von etwa ein- bis mehrstündiger Dauer. Diese Wanderungen erfolgen zu verschiedenen Stunden, meist in den späteren des Abends oder den ersten der Nacht, dauern bald kürzer, bald länger, meistens etwa eine Stunde lang. Sie sind mit Absetzung vieler Eier auf die betreffenden Hautparthieen verbunden. Weit zahlreicher noch sind diese Eier dem Kothe dessen beigemengt, der damit behaftet ist. Sie entwickeln sich nicht innerhalb des Darmes weiter, man trifft nie ganz junge Brut an, sondern nur völlig oder nahezu ausgewachsene Würmer. Dagegen erzeugt nach den Experimenten von Leuckart Verfütterung dieser Eier im Magen des Versuchsthieres junge Brut. Die meisten Oxyuren werden als junge Brut in den Körper aufgenommen. Anderseits können auch Eier der im Mastdarme vorhandenen Oxyuren an den kratzenden Fingern des Kranken haften, nach dessen Munde transportirt werden, verschluckt und im Magen entwickelt werden — Selbstinfection. Mit welcherlei Nahrungsmitteln und Verunreinigungen von Nahrungsmitteln für gewöhnlich die Embryonen des Madenwurmes in den menschlichen Körper gelangen, ist noch nicht nachgewiesen. Die Vermuthungen richten sich auf Obst, rohe Gemüse, besonders Salat, Wurzeln u. dergl. Die Krankheit kommt in jedem Lebensalter, nur nicht bei Säuglingen vor, am Häufigsten bei Kindern vom 2. Lebensjahre an. Sie findet sich bei allen Ständen, jedoch bei der ärmeren Landbevölkerung besonders häufig. Das Zusammenvorkommen von Oxyuren mit Spulwürmern oder Trichocephalen ist durchaus kein seltenes. Die Gelegenheiten zur Infection mit diesen Würmern müssen oft gleichzeitig geboten sein.

Unter den Symptomen der Oxyurenkrankheit ist das einzige constante das Abgehen der sehr leicht mikroskopisch nachweisbaren Eier mit dem Kothe. Die Mühe, diese zu suchen, wird häufig erspart dadurch, dass einzelne der Würmer in den Stühlen bemerkt werden. Die Veranlassung darnach zu suchen, gibt namentlich öfters Jucken in der Umgebung des Afters, das so lebhaft wird, dass auch wohlerzogene Kinder durch kein Verbot von öfterem Hingreifen und Jucken abgehalten werden können. Die lästige Empfindung kann sich auf die Genitalien, Oberschenkel und Kreuzgegend ausdehnen, so dass auch nach diesen Stellen die Hand des Kranken in unwillkührlicher Weise gezogen wird. Der auf die Schleimhaut des Rectums ausgeübte Reiz der Würmer erzeugt Hyperämie, vermehrte Schleimabsonderung und punktförmige Blutungen, Wulstung und Röthe der Schleimhaut an der Aftermündung. Dieser

Reiz erzeugt ferner auf reflectorischem Wege leeres Drängen zum Stuhle, Abträufeln oder zu häufige Entleerung des Harnes und Erectionen. Andere Erscheinungen werden durch die erwähnten abendlichen Wanderungen der Thiere hervorgerufen. Indem sie nach benachbarten Organen überkriechen, verpflanzen sie das gleiche Jucken, das sie am After bewirken, nach diesen Theilen hin. So entstehen namentlich Zustände geschlechtlicher Aufregung, Anfangs unbewusste, dann in bewusste übergehende Masturbation, katarrhalische Entzündungen der äusseren Genitalien und dergl. Bei anämischen reizbaren Kindern kann durch das schmerzhafte Jucken am After und seiner ganzen Umgebung nervöse Aufregung, fieberartiger Zustand mit Zittern, Frost und Krampfanfällen entstehen. Da die Anfälle meistens Abends kommen, so tritt der Schlaf später ein, wird unterbrochen oder ist unruhig. Auch manche Anfälle von nächtlichem Aufschrecken scheinen durch diese Würmer bewirkt zu sein. Durch alles Genannte zusammen kann die Ernährung schwer beeinträchtigt und der Grund zu ernsten Erkrankungen gelegt werden. Die Erkennung der Krankheit ist nicht schwer, wenn man nur die Stuhlgänge zeitweise besichtigt oder in eiligeren Fällen einige Krümel Koth, wie sie sich gewöhnlich in der Umgebung der Aftermündung vorfinden, mikroskopisch untersucht. Wird dies versäumt, so können allerdings Proctitis catarrhalis, Tenesmus, Vulvitis, intermittensartige abendliche Fieberanfälle u. dergl. längere Zeit als selbständige Krankheiten imponiren und jeder dagegen gerichteten Behandlung Widerstand leisten.

Diese Krankheit gilt für sehr hartnäckig; sie kann sich aus dem frühen Kindes- bis in das späte Mannesalter hin erstrecken. Ein wesentlicher Grund solch langer Dauer liegt oft darin, dass überhaupt wenig dagegen geschieht, oder dass die angewandten Mittel nur die im untersten Theil des Mastdarmes enthaltenen Oxyuren tödten oder herausspülen. Man muss, um fortwährend neue Ansteckung zu vermeiden, grosse Reinlichkeit am After und an den Händen der Kinder aufrecht erhalten. Dem genannten Zwecke, die hauptsächlich belästigenden Würmer im unteren Theile des Mastdarmes zu entfernen, dienen Klystiere von kaltem Wasser, von Knoblauchabkochung, schwacher Sublimatlösung oder Kalkwasser, oder Einreibung von grauer Salbe an dem Rand des Afters. Neuerdings wird Ausspülung des Dickdarmes mit $^1/_4$—$^1/_2$ $^0/_0$ Lösung von grüner Seife in Wasser empfohlen. Um jedoch wirksam zu sein, müssen diese Mittel oft und in kurzen Pausen angewandt sein. Es ist vor-

theilhaft, den inneren Gebrauch der Santonsäure in ähnlicher Weise, wie bei den Spulwürmern, mit dem der erwähnten Klystiere zu verbinden.

3. Bandwurm, Taenia.

Von den sämmtlichen beim Menschen vorkommenden Bandwürmern und Blasenwürmern sind nur Taenia mediocanellata, solium und elliptica für das Kindesalter von grösserer Bedeutung. Die Häufigkeit der Tänien bei Kindern wurde früher sehr gering angegeben. Wawruch zählte unter 206 Bandwurmkranken 5 Fälle unter 10 J. Krabbe findet jetzt unter 100 deren 8. In neuerer Zeit mehren sich die Beobachtungen von Tänien bei Kindern rasch. H. Kennedy will Bandwurm bei einem 5 Monate alten, nur mit Milch genährten Kind gesehen haben.

Taenia mediocanellata wurde bei kleinen Kindern häufiger beobachtet seit man auf die Empfehlung von Weisse hin atrophische Säuglinge durch geschabtes rohes Rindfleisch zu kräftigen suchte. Küchenmeister hat die schon längere Zeit bekannten breiteren Tänien zuerst unterschieden, und unter diesem jetzt kaum mehr passenden Namen beschrieben. Leuckart hat zuerst den nothwendigen Zusammenhang dieses Bandwurms mit der Finne des Rindfleisches nachgewiesen und dadurch eine vollständige Verschiedenheit von der aus der Finne des Schweinfleisches hervorgehenden Taenia solium kennen gelehrt. Der Wurm ist bis zu 4 M. gross, breit, hat einen hackenlosen, mit 4 starken Saugnäpfen ausgerüsteten Kopf und in den geschlechtsreifen Gliedern einen reichlich, bis zu 35 Malen verästelten Uterus, dessen Aeste wenige dichotomische Theilungen erkennen lassen. In dem dickeren hackenlosen Kopf und den zahlreichen Uterus-Ramificationen der geschlechtsreifen Glieder liegen die sicheren Merkmale der Taenia solium gegenüber. Ausserdem stossen sich von diesem Bandwurm häufiger einzelne, lebhaft sich bewegende Glieder los, von T. solium öfter ganze Ketten. Er ist schwerer abzutreiben als letzterer, bringt jedoch die Gefahr der Selbstansteckung mit Cysticerken nicht mit sich. Trifft man ihn zufällig bei Sectionen, so sitzt er gewöhnlich mit dem Kopfe in dem obersten Theil des Jejunums fest. Fütterung mit rohem Rindfleisch scheint fast der einzige Weg zu sein, auf dem dieser Bandwurm bei uns in den kindlichen Darmkanal hineingelangt. Er ist in Norddeutschland häufiger als im Süden, wo die Feischbeschau regelmässig geübt wird. An einzelnen Orten ist er nicht allein,

weil die Aerzte häufiger rohes Rindfleisch verordnen, sondern auch, weil häufiger finniges Fleisch verkauft wird, zu besonderer Verbreitung unter der Kinderwelt gelangt. Ein Fall ist mir bekannt, wo ein 16jähriger Junge einen im zweiten Jahre in Kassel erworbenen Bandwurm noch beherbergte.

Die Erscheinungen, die er verursacht, können sehr geringfügig, selbst gleich Null sein; am häufigsten finden sich Anwandlungen von Heisshunger, öferer Schmerz in der Nabel- oder Magen-Gegend, verschiedene brennende, drückende, nagende, unangenehme Empfindungen im Unterleibe, Verstopfung oder Diarrhöe, sehr selten Zustände von Epilepsie, Veitstanz, oder anderen schweren Nervenkrankheiten durch ihn bedingt. In einem von Conradi berichteten Falle trat bei einem 16 Monate alten Kinde unter Unruhe und Durchfall der Tod ein und die Section zeigte nur eine grosse T. mediocanellata als Ursache. Keines jener Zeichen beweist die Anwesenheit des Bandwurmes, nur der Abgang geschlechtsreifer Glieder oder der nebenbei abgebildeten Eier gestattet die Diagnose sicher. Man nimmt an, dass so viele Bandwurmeier dem Kothe beigemengt werden, dass man sie bei der Durchsicht weniger mikroskopischer Präparate jedesmal sicher auffinden könne. In einer Anzahl von Fällen ist mir dies auch vollständig geglückt, ja ich habe den Bandwurm schon mehrmals auf diese Weise, ohne dass er vorher vermuthet wurde, entdeckt. Aber ich will auch nicht verschweigen, dass in einem Fall, wo bei der Section eines Tuberculösen eine grosse lebende Taenia mediocanellata mit zahlreichen geschlechtsreifen Giedern im Darme lag, in zahlreichen Proben von dem Kothe des Mastdarms kein einziges Ei aufzufinden war. Gewöhnlich wird man erst durch den Abgang von Bandwurmgliedern mit dem Koth auf die Krankheit aufmerksam.

Fig. 40.



Eier der Taenia mediocanellata.

Die Prognose ist in sofern entschieden günstig, als soviel man weiss, keine Cysticerkenkrankheit durch die Tänie bewirkt wird, dagegen hat die Abtreibung häufig ihre ganz bedeutenden Schwierigkeiten. Man muss zwei Tage zuvor den Darm von Koth entleeren durch Abführmittel, und Stoffe, die den Bandwurm krank machen, feinkernige Früchte (Himbeeren, Erdbeeren) und Härings-

salat reichlich geniessen lassen. Am meisten bewährt sich der reichliche Genuss von Walderdbeeren. Am Tage der Cur selbst lässt man früh klaren Kaffee oder Fleischbrühe geniessen, dann das Bandwurmmittel und einige Stunden später ein Abführmittel. Zu empfehlen sind die frische Granatwurzelrinde, die Kamala, Farrenkrautwurzel und Kousso. Ich habe in letzter Zeit gewöhnlich die beiden letztgenannten Mittel, bei Erwachsenen in Pillenform, bei Kindern als Latwerge angewandt, z. B. Kousso grm. 10, Extr. filicis mar. aether. und Wasser $\overline{aa}$ gr. 5, theelöffelweise zu nehmen. Der Erfolg hängt bei diesem Bandwurm vorzüglich von dem Nachfolgen eines starken Abführmittels 2—3 Stunden nach dem Bandwurmmittel ab. Andere Mittel, wie Kali picronitricum und Benzin eignen sich weniger für die Kinderpraxis. Säuglingsalter gibt kein Hinderniss ab, doch wird man sich da nicht auf Vorbereitungskuren einlassen. F. Betz z. B. hat bei einem 10monatlichen Kinde eine Tänie abgetrieben.

Taenia solium ist dünner, schmäler und kürzer als die vorige, hat einen Hackenkranz am Kopfe und zeigt in den geschlechtsreifen Gliedern wenige (7—12 jederseits) erste, mehrfache secundäre Theilungen der Fruchtbehälter. Abgehende Glieder erscheinen meist nicht einzeln, sondern in ganzen Ketten, dafür auch seltener. Die Erscheinungen, die dieser Bandwurm macht, sind die gleichen wie bei T. mediocanellata und bei Bothryocephalus latus. Die T. solium ist leichter vollständig abzutreiben als T. mediocanellata. Dafür ist sie gefährlicher, indem sie nicht allein Nervenzufälle (Chorea, Epilepsie, Tetanie) wie die übrigen Enthelminthen verursachen, sondern auch zur Selbstinfection mit Cysticerken die Veranlassung und das Material bieten kann. Die nicht wenig zahlreichen Fälle von Cysticerkenerkrankung des Auges, des Gehirnes u. s. w. bei Kindern weisen an sich schon auf das öftere Vorkommen des schmäleren Bandwurmes bei Kindern hin. Manchmal mag statt rohen Rindfleisches atrophischen Säuglingen rohes Schweinefleisch als Stärkungs- und Nahrungsmittel gegeben werden. Oefter noch ist die Tänie abzuleiten von dem Genusse rohen Schinkens, sog. Gothaer Wurst, jener beliebten Nahrungsmittel, mit denen auch Kinder in gewissen Gegenden öfter bedacht werden. Ganz isolirt und unerklärt steht bis jetzt die Beobachtung von S. G. Armor da: ein 5 Tage altes Kind entleerte eine vollständig entwickelte T. solium. Später stellte sich heraus, dass die Mutter gleichfalls an Tänie litt. Für die Behandlung gilt alles das ebenso, was oben

von der verwandten Spezies gesagt wurde. Doch bedarf es nur eintägiger Vorbereitungskur und geringerer Dose Kousso.

Die noch sehr selten beobachtete Taenia elliptica erreicht die Länge von 1/6—1/5 M., ist sehr dünn, am Ende von röthlicher Färbung, und besitzt einen Hackenkranz. Jedes Glied hat an jedem Seitenrande eine Geschlechtsöffnung. Sie ist einige Male bei Kindern beobachtet worden. Leuckart vermuthet, dass sie ihre Jugendzustände in Insectenlarven durchlebe.

X. Ulcus duodeni rotundum.

C. Klinger: Zur Casuistik des perforirenden Duodenalgeschwüres. Arch. d. Heilkde. II. S. 460.

A. Clark, Curling, Mayer: Fälle von Ulc. duodeni nach Verbrennung bei Kindern cit. in Hirsch und Virchow's Jahresbericht 1866, 1867.

Einfache runde durch Selbstverdauung entstandene (peptische) Geschwüre kommen an dem ganzen Verdauungskanal, mindestens vom unteren Theile der Speiseröhre bis zum oberen des Dickdarmes vor, jedoch unterhalb des Magens nur mehr mit einiger Häufigkeit bis zur Einmündungsstelle des Gallenganges hin, d. h. soweit die Einwirkung des saueren Magensaftes reicht.

Auch in diesem Bereich findet sich das Geschwür meist noch am Pylorus, gleich häufig an der vorderen und hinteren Wand.

Bei Erwachsenen kommt es bei Vielessern, bei Trinkern, nicht selten bei Gastwirthen vor, wird manchmal durch Embolie bewirkt. Für das Kindesalter hat hauptsächlich die Entstehung nach ausgebreiteten Hautverbrennungen Bedeutung, vielleicht auch die bei Pyämie (Billroth) und Erysipel. Von seinem Vorkommen bei Neugeborenen mit Melaena wurde bereits oben gesprochen. Nach Verbrennungen äussert das Geschwür meist nach 7—14 Tagen seine ersten Symptome. Für die Diagnose sind besonders von Bedeutung rechtsseitige Schmerzen im Epigastrium, die mehrere Stunden nach der Nahrungsaufnahme eintreten, geringe diffuse Druckempfindlichkeit unterhalb des rechten Rippenbogens, Unabhängigkeit des Schmerzes von rechter Seitenlage, Darmblutung. Blutiges Erbrechen kommt nur ausnahmsweise bei nahe dem Pylorus gelegenem Sitz des Geschwüres vor und auch da nicht ohne gleichzeitige oder bald nachfolgende blutige Stuhlentleerung. Die nach Verbrennungen entstandenen Geschwüre zeigen sehr oft rasche Ausbreitung in die Tiefe bis zu erfolgter Perforation. Die Heilung solcher Geschwüre kann

zur Verengerung des Darmlumens oder zur Verschliessung des Ductus choledochus führen. Die erfolgte Perforation wird erkannt an dem Hinzutreten peritonitischer Erscheinungen zu jenen des Geschwüres. Der Schmerz beginnt zwischen rechtem Rippenbogen und Darmbeinkamm und die austretende Luft drängt die Leber von der Bauchwand ab und lässt tiefmetallisches Succussionsgeräusch hören. —

Die Behandlung des Duodenal-Geschwüres beruht ebenso wie jene des Magengeschwüres auf Fleisch- und Milchdiät, Ausspülung des Magens mittelst Karlsbader Wasser oder Salz, Gebrauch von mineralischen Adstringentien.

XI. Perityphlitis.

E. Henoch: Klinik der Unterleibskrankheiten, III. Aufl. p. 555 und Beiträge zur Kinderheilk. 1868. p. 329.
Schnürer: Ueber die Perforation des wurmförmigen Fortsatzes. Dissert Erl. 1854.
C. A. Crouzet: Des perforations spontanées de l'appendice iléo-coecal. Thèse de Paris 1865.
A. Bossard: Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Diss. Zürich 1869.
Eimer: Fall von Durchbohrung des Wurmfortsatzes. H. u. Pf. Zeitschr. X. 3. 1851.
Roger: Journ. f. Kinderkrankheiten B. 44. p. 463.
F. Betz: Ileus bei einem 7 Monate alten Kinde in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes und Verwachsung der Gedärme. Memor. 21. Juni 1870.

Wenn in manchen Statistiken über Perityphlitis das Kindesalter nur sehr wenig vertreten ist, so bei Bamberger unter 73 Fällen mit zweien, so erklärt sich dies aus speciellen Verhältnissen des zu Grunde liegenden Materials, das überwiegend Spitälern für Erwachsene entnommen ist. Dagegen kommen bei Volz auf 35 Sectionsfälle 11 Kinder, also fast der dritte Theil, und Lewis hat unter 47 Fällen 6 unter 10 Jahren. Matterstock konnte 49 Fälle aus dem Kindesalter zusammenfinden. Den nachstehenden Angaben lege ich 3 eigene und 18 in der Literatur gesammelte Beobachtungen zu Grunde (zwei von Betz, Schnürer und von Henoch, je eine von Amyot, Barthez, Bierbaum, Bossard, Crouzet, Eimer, Eisenschitz, Faber, Henrot, Homans, Roger, Worthington). Die Krankheitsanlage kann sehr frühzeitig gegeben sein. Hecker und Buhl fanden schon beim Neugeborenen ein Concrement von Meconium im Wurm-

fortsatze. Was die Entwicklung dieses Organs betrifft, so will ich nach L. F. Toft bemerken, dass es beim 9monatlichen 4,5 Ctm., beim 10monatlichen Fötus 5, beim 4jährigen Kinde 6, beim 7jährigen 7 Ctm. im Mittel an Länge besitzt, während seine Weite von 0,6—0,9 M. auf 1 Ctm. heranwächst. Der jüngste bekannt gewordene Fall von Perforation des Wurmfortsatzes dürfte der erwähnte von Betz (7 Monate) und nächstdem der von Faber sein, wo ein Spulwurm den Fortsatz bei einem 3½ jährigen Mädchen durchbohrt haben soll. Auch sonst scheinen öfter Askariden sich dahin zu verirren. Jadelot fand z. B. bei einem 13jährigen Knaben deren vier hineingewandert, aber es ist sicher, dass sie nicht oft, und zweifelhaft, ob sie je Perforation bewirken, sie scheinen nur die schon vorhandene zur Auswanderung gerne zu benützen. Jenseits des 10. Jahres kommen mehr Fälle vor, als unterhalb desselben; drei treffen auf das 13. Wie bei Erwachsenen das männliche Geschlecht stark überwiegt, finde ich auch bei Kindern 13 Knaben und 8 Mädchen. Unter 14 secirten Fällen war einmal eine weite Perforation des Coecums Grund der Krankheit (Henoch), 13mal ein- oder mehrfache Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Unter diesen konnte 8mal der Kothstein als kirschkern- oder citronenkernähnliche, geschichtete, gelbgraue Masse aufgebunden werden, zweimal nicht, einmal soll es ein Spulwurm gewesen sein, einmal lag tuberculöse Verschwärung zu Grunde, endlich zweimal waren es (was man hie und da bezweifeln wollte), verschluckte in den Wurmfortsatz gerathene Fremdkörper, ein Kirschkern (Crouzet) und ein Rosinenkern (Barthez). Bei Erwachsenen ist nichts häufiger, als diese Krankheit mehrmals bei einem und demselben Menschen auftreten zu sehen, in einem Falle meiner Beobachtung 9mal. Unter diesen Kindern wurde nur bei einem meiner Fälle dreimaliges und bei einem 15jährigen Mädchen von Schnürer das öftere Auftreten der Krankheit erwähnt und es fanden sich auch bei der Section ausser der Perforationsstelle noch mehrere Narben an der Schleimhaut des Fortsatzes vor. Auffällige Unregelmässigkeit der Stuhlentleerung oder sonst Zeichen des hypothetischen Katarrhes, der die Concrementbildung begünstigen soll, gingen nicht voraus oder wurden übersehen. Typhus und Tuberculose scheinen in diesem Alter noch wenig mitzuspielen, dagegen werden einige der Befallenen als auffällig scrophulös bezeichnet. Als nächste Veranlassung wird einmal Druck auf den Unterleib, wiederholt ein Fall angegeben, der übrigens sicher nur das schon bestehende Geschwür zum

Durchbruche gebracht hat. Von einem Frankfurter Collegen hörte ich das Spiel des Seilspringens als nicht seltene Ursache von Perityphlitis erwähnen.

Der Charakter der Erkrankung wird sehr treffend durch eine Bemerkung von W i l l a r d P a r k e r bezeichnet. Er sagt Perforation und Gangrän des Wurmfortsatzes komme häufig im Knabenalter vor, während die Abscessbildung mehr Erwachsenen zukomme. Wenn man die Annahme zweier Symptomenreihen, der Vorbereitungsperiode und der geschehenen Perforation, wie sie jetzt vielfach beliebt wird, acceptirt, so muss man sagen, dass bei Kindern meistens nur die letzteren vertreten sind. In zwei Fällen finde ich während mehrerer Jahre vorausgehende Schmerzen in der rechten Darmbeingrube notirt. Sonst begann die Krankheit unerwartet mit heftigem von der Erkrankungsstelle ausgehendem Leibschmerz, einigemale war Frost, meistens Erbrechen im Beginne da, einmal traten mit dem Schmerz diarrhoische Stühle ein. Der Schmerz ist überaus heftig, zwingt zu regungsloser Lage, wird durch Druck auf die rechte Darmbeingrube gesteigert und strahlt häufig nach dem rechten Bein hin aus. Streckung oder rasche Bewegung des Beines, tiefes Athmen, Lageveränderung steigern den Schmerz. Wenn die Entzündung sich auf das Bauchfell des Blasenscheitels fortsetzt, wird das Urinlassen schmerzhaft. Meistens dauert Stuhlverstopfung an und stellt sich früher oder später Erbrechen ein. In der rechten Unterbauchgegend findet sich bei etwas stärkerer Wölbung der Bauchdecken gedämpfter Percussionsschall und eine der Lage des Coecums oder Colon adscendens entsprechende, bei der Berührung äusserst schmerzhafte Geschwulst. Sie ist bald cylindrisch und etwas verschiebbar in seitlicher Richtung, dann schwer von blosser Koprostase und Typhlitis stercoracea unterscheidbar, bald flach und diffus, bald unmittelbar den Bauchdecken anliegend, bald mehr oder weniger tiefsitzend. Manchmal bleiben noch Monate lang nach überstandener Krankheit Exsudatreste in Form einzelner harter Knoten fühlbar. — Die Kranken fiebern in verschiedenem Maasse. Eine mässig hohe, etwas irreguläre Remittens ist die gewöhnlichste Form und verhältnissmässig günstig. Intermittensartiger Verlauf mit sehr hoher Temperatur in den Frösten weist auf pyämische Intoxication hin. Andauernd hohe Temperaturen weisen auf eitrigjauchige Prozesse, gespannten Abcesseiter u. dergl. hin. Je einmal bei einem Kinde und bei einem Erwachsenen beobachtete ich eine complete Krise, die sich ausweislich des im Stuhle erscheinenden Eiters durch Durch-

bruch eines Eiterheerdes in den Darm erklärte. Mit eintretender Besserung hört die Stuhlverstopfung von selbst auf.

Wenn man Entzündung des retrocöcalen Bindegewebes (Paratyphlitis) und die Entzündung des Bauchfelles der rechten Darmbeingegend unterscheidet, so hat man es bei Kindern ziemlich regelmässig mit letzterer zu thun. Die Erkrankung beginnt als circumscripte Peritonitis, bleibt als solche manchmal in der Nähe der hinteren Bauchwand localisirt oder dehnt sich anderemale sehr bald auf den grössten Theil des Bauchfelles aus. Desshalb fehlt oft im Kindesalter eine deutliche Geschwulst oder Dämpfung des Percussionsschalles in der rechten Unterbauchgegend. In letzterem Falle tritt unter häufigem Erbrechen, enormer Steigerung des Schmerzes allgemeine Druckempfindlichkeit des Unterleibes ein; die Bauchdecken treiben sich stark auf, das Aussehen des Kranken wird ein schwer ergriffenes. In mehreren Fällen traten Convulsionen hinzu, meist erfolgt der Tod bei völlig klarem Bewusstsein. Die Erscheinungen eines freien Luftergusses in den Bauchfellsack (Verschwinden der Leber- und Milzdämpfung, tiefer Metallklang beim Schütteln des Rumpfes) werden meist um desswillen vermisst, weil zunächst der Bauchwand die aufgetriebenen und eiterig verklebten Dünndarmschlingen liegen, der Luft- und Kotherguss dagegen in der Nähe der hinteren Bauchwand Raum findet. Der baldige Eintritt diffuser Peritonitis zieht rasch den Tod nach sich, meist zwischen dem 3. und 6. Tage. Nur in einem Falle war die Dauer eine mehrwöchentliche; hier durchbohrte der vom Coecum aus gebildete Kothabscess die Bauchwand. Nur wenige Heilungsfälle (Bossard und Bierbaum, mehrere bei Henoch) finde ich verzeichnet.

Hiernach scheint die Prognose ziemlich ungünstig, doch zweifle ich nicht, dass sie in Wahrheit günstiger ist, als es scheinen möchte, indem wohl manche Heilungsfälle übersehen werden und unter anderem Namen laufen, und bei frühzeitiger und richtiger Behandlung sich wohl auch mehr Heilungen erzielen lassen. Mir sind in den letzten Jahren bei Kindern viele Fälle vorgekommen, die zur Heilung gelangten, nur zwei die tödlich endeten. Der eine führte zum Durchbruch des Eiters durch das Diaphragma, der andere war zuvor mit starken Abführmitteln behandelt worden.

Nie versäume man, wo über Unterleibsschmerzen geklagt wird, recht sorgfältige Untersuchung. Zeigt sich die rechte Darmbeingegend druckempfindlich, so muss sofort vollständig ruhige Körperlage eingehalten, die Diät ganz auf flüssige Nahrungsmittel be-

schränkt und Opium in solchen Dosen gereicht werden, dass der Schmerz völlig beseitigt und ein Zustand leichter Schlafsucht herbeigeführt wird. Bei hartnäckigem Erbrechen wende man auch schon bei Kindern dreist subcutane Morphin-Einspritzungen an. Man lasse sich nicht verleiten, Abführmittel zu geben. In dem Falle von Eimer trat unmittelbar nach einem solchen die tödtliche Perforation ein.

Für die örtliche Behandlung ist weit weniger Werth auf die Anwendung von Blutentziehungen zu legen, die sogar im Kindesalter leicht nachtheilig werden, als auf die consequente und energische Abkühlung durch die Eisblase oder den kalten Umschlag. Die Eisblase fülle man nur mit einer dünnen Lage von Eisstücken. Sollte sie auch da noch durch Druck den Schmerz steigern, so wende man gefrorene Compressen an. Erst wenn jede Spur örtlicher Schmerzhaftigkeit beseitigt ist, dürfen Opium und Kälte wieder ausgesetzt werden, aber auch dann ist noch auf längere Zeit die Diät wegen der sehr leicht eintretenden Rückfälle auf solche Speisen zu beschränken, die der Magenverdauung vollständig unterliegen und wenig Koth liefern.

XII. Enterostenosis.

Darmverschliessung, Darmverengerung, Atresia interna.

Rednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge I. p. 122 u. f.
Steiner: Ein Beitrag zu den Stenosen im kindlichen Alter. Jahrb. für Kinderheilk. VII. 2.
Valenta: Ibid. VII. 1. p. 72.
Dohrn: Zwei Beobachtungen von Stenose des Darmes und fötaler Peritonitis. Ibid. H. F. 1. p. 216.
Romberg: Klinische Wahrnehmungen p. 140.
Laborde: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 39. p. 302.
Druitt: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 47. p. 401.
H. Widerhofer: Jahrb. f. Kinderheilk. II. p. 37. id. ibid.
Hirschsprung: Der angeborene Verschluss der Speiseröhre, nebst einem Beitrage zur Kenntniss des angeborenen Dünndarmverschlusses. Schmidt's Jahrb. Bd. 117. p. 310.
Förster: Die Missbildungen des Menschen pag. 122.
Fiedler: Fall von Atresie des Dünndarmes. Arch. d. Heilk. V. p. 78.
Buhl: Verschluss des For. pyloricum. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. 1869. S. 424.
A. Hempel: Ein Fall von angeborenem Verschluss des Duodenum. Jahrb. f. Kinderheilk. VI. 4.
A. v. Hüttenbrenner: Die Darmstenosen im Kindesalter J. f. K. IX.

E. Theremin: Ueber Occlussion des Dünndarmes. D. Ztsch. f. pr. Med. 8 B. 11. Jahrb. f. Kinderheilk. XII. 133.
H. Senator: Jahrb. f. Kinderheilkde X. S. 370.

a. Angeborene Form.

Die angeborene Verengerung oder Verschliessung des Darmes bietet in einer Anzahl von Fällen das Bild einer narbenartigen, allseitigen Zusammenschnürung einer kleinen Strecke dar, wobei eine Spur von Lichtung übrig bleiben oder völliger Verschluss sich ergeben kann. In einer zweiten Gruppe sind klappenartige Schleimhautwülste oder vollständige Scheidewände, nach beiden Seiten hin von Schleimhaut ausgekleidet, Ursache der Unterbrechung des Kanals. Verhältnissmässig oft finden sich Einschnürungen des Darmes durch neugebildete Stränge oder sonstige Ueberreste fötaler Peritonitis vor. In diesem Falle kommt oft mehrfache Abschnürung, so in einem Falle von Küttner dreifache am Dünndarme vor. Vollständiges Fehlen eines Stückes des Darmes oder Ersatz desselben durch einen narbigen Strang, (von Schüppel neunfach an einem Dünndarm beobachtet), endlich wandständige Verengerung durch angeborene Geschwülste der Darmwand, z. B. Alveolarkrebs oder Cyste (Wiederhofer) bilden eine fünfte und sechste Gruppe. Axendrehungen fanden sich in den zahlreichen von mir durchgesehenen Fällen nur neben schon anderweit begründeten Darmverengerungen vor.

Sitz der Verengerung oder Verschliessung ist besonders oft der Zwölffingerdarm. Unter 24 von Hirschsprung gesammelten Dünndarmstenosen betreffen 9 das Duodenum, unter 4 Stricturen 3. Dagegen findet Fiedler unter 24 Fällen aus der Literatur nur 8male das Duodenum, 13male das Ileum betroffen. In dem von Hirschsprung selbst beigebrachten und sehr ausführlich beschriebenen Falle sass die Verengerung am absteigenden Stücke, in der Ausdehnung des verengten Stückes fehlte die Schleimhaut. Der Gedanke liegt hier nahe, dass es sich um ein in der Fötalzeit geheiltes Ulcus duodeni handelte. Der klappenförmige Verschluss des Duodenums kommt gewöhnlich nicht wie die Strictur am absteigenden Stücke, sondern am Uebergang in das Jejunum vor. Eine andere ziemlich häufig verschlossene Stelle liefert die Grenze zwischen Dünn- und Dickdarm; diese normale Klappenbildung an dieser Stelle begründet vielleicht die Prädisposition. Die Darmeinschnürungen in Folge fötaler Peritonitis haben meistens den Dünndarm und zwar

etwa in seinem mittleren Verlaufe zum Sitz. Verschliessungen des Dickdarmes kommen, wiewohl vereinzelt, auch an anderen Stellen, doch am Meisten an seinem Uebergang in die Flexur vor. Sie werden dann häufig mit zu der Atresia ani gerechnet. Die erwähnten Fälle von Geschwulstbildung in der Darmwand kamen an der Klappe und an der untersten Dünndarmschlinge vor.

Die gemeinsamen Züge des Bildes dieser verschiedenartig begründeten Krankheiten sind etwa die folgenden: Nachdem kein oder nur vorübergehend wenig Meconium abgegangen ist, bleibt jede Stuhlentleerung aus, der Leib wird aufgetrieben. Bald sehr kurze Zeit nach der Geburt, bald später, beginnt Erbrechen des Genossenen, dann gelber Flüssigkeit, manchmal meconiumartiger Masse. Das Erbrechen dauert bis zum Tode fort. Es wird wenig Nahrung mehr aufgenommen, das Athmen wird erschwert, bisweilen treten gegen Ende noch Convulsionen hinzu. Die Untersuchung durch den After zeigt sowohl diesen für den Finger, als auch die Flexur für den elastischen Katheter und für Klystiere durchgängig. Der Tod erfolgt um so früher, je höher oben die Verengerung sitzt, und je vollständiger die Unterbrechung des Darmlumens ist. Doch wurde in mehreren Fällen der 18. Tag erreicht. Für die Verschliessung des Duodenums und des oberen Theiles des Dünndarmes sind als unterscheidende Merkmale zu betrachten: Der frühzeitige Eintritt des Erbrechens, die unvollständige Auftreibung des Unterleibes, die hauptsächlich die Magengegend betrifft, die unteren seitlichen Theile des Unterleibes aber frei lässt, die Percussionserscheinungen einer bedeutenden Magenerweiterung, endlich der rasche Verfall der Kräfte. Barlow hat als Unterscheidungsmerkmal für hochgelegene Darmverengerungen bei Erwachsenen das Fehlen oder die Verminderung der Urinabsonderung angeführt. Ich kann unter den vorliegenden Beobachtungen nur in denen von Dohrn eine Andeutung dieses Verhaltens finden. Die Verschliessung sass in der ersten in der Mitte des Dünndarmes, der Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1018 und setzte auffallend viel Harnsäure ab. Auch in der zweiten Beobachtung wird die dunkele Färbung des in der Harnblase enthaltenen Harnes erwähnt. Ob sich die beim Verschlusse des Duodenums anatomisch nachgewiesene Erweiterung des unteren Theiles der Speiseröhre mittelst des Katheters erkennen und diagnostisch verwerthen lasse, bleibt dahingestellt.

In denjenigen Fällen, in welchen starke, allseitig gleichmässige Auftreibung des Unterleibes und später Eintritt des Erbrechens auf

den Sitz der Verengerung am Kolon hinweisen, kann der Bauchschnitt versucht und ein stark gefüllter Theil des Dickdarmes oder des untersten Theiles des Dünndarmes an die Wunde angenäht und eröffnet werden. Mehrere derartige Versuche, die beschrieben sind, haben ungünstigen Erfolg gehabt (L a b o r d e, D r u i t t, D e p a u l). Es ist dies die einzige Möglichkeit der Hilfeleistung.

b. Erworbene Form.

Die in der Literatur aufzufindenden Fälle von erworbener Verengerung oder Verschliessung des Darmes sind weit geringer an Zahl, als die von angeborenem Verschlusse, von Invagination oder von Perityphlitis bei Kindern. Folgende Formen verdienen besonders erwähnt zu werden:

1) Ein M e c k e l'sches Divertikel bildet die Brücke, durch oder um die eine Einschnürung oder Verschlingung des Darmes stattfindet. In den beiden Dissertationen über diesen Gegenstand von F a l c k (Berl. 1835) und S c h r ö d e r (Erl. 1854) finde ich Fälle von Kindern nicht mitgetheilt, dagegen hat L a w r e n c e einen solchen von einem 12jährigen Knaben beschrieben.
2) Der Wurmfortsatz, verwachsen mit einem anderen Organ (Ovarium bei einem 15jährigen Mädchen, B l ö s t, Innenfläche des rechten Schambeinastes, L ö w e n h a r d t) bildet den einschnürenden Strang.
3) Ueberreste früherer, wohl manchmal fötaler Bauchfellentzündungen schnüren den Darm ein oder bilden Taschen, in die er sich hernienartig einklemmt, oder veranlassen Knickung oder Axendrehung des Darmes.
4) Ein Knäuel von Askariden erweitert den Dünndarm, stemmt sich fest gegen dessen Wand und bewirkt Verschluss (H a l m a-G r a n d, R e q u i n u. A.).
5) In gleicher Weise wirken genossene schwer verdauliche Speisen, Obstkerne u. dergl.
6) Neubildung in der Darmwand verengt das Lumen. So beobachtete S t e i n e r bei einem 9jährigen Knaben Alveolarkrebs an der Flexur, B o u r d i l l a t bei einem 12jährigen Knaben eine lymphatische Geschwulst 30 Ctm. über der Klappe.
7) Narbenstenose von Dysenterie, selten von geheilten tuberculösen Geschwüren herrührend. In einem Falle meiner Beobachtung stellte das Kerngehäuse eines Apfels den Stopfer dar,

der in eine narbig verengte Stelle des Darmes hineingetrieben die tödtliche Darmverschliessung bewirkte.

Von 9 Fällen, die ich sammeln konnte, betreffen 8 Knaben, einer war 9, einer 10 Jahre alt, alle andern älter.

Die Erscheinungen sind bei den drei erst erwähnten Formen einfach diejenigen der acut oder chronisch eintretenden Darmverschliessung und nur in soweit verschieden, als das Hinderniss höher oder tiefer seinen Sitz hat. In den acuten Fällen macht Schmerz an der Einschnürungsstelle den Anfang, verbreitet sich dann über den Unterleib und wiederholt sich in häufigen, heftigen, wehenartigen Anfällen. Vom Momente der Einschnürung an wird nur noch soviel Koth entleert, als sich dabei schon in dem unterhalb gelegenen Theile des Darmes befand. Der Unterleib treibt sich auf, um so vollständiger, je tiefer die Einschnürungsstelle liegt, bei Erkrankung des oberen Dünndarmes nur in der Magengegend oder dem mittleren Theile. Erbrechen stellt sich um so früher ein, je höher oben die eingeklemmte Stelle liegt. Nach einiger Dauer desselben werden kothig riechende oder rein kothige Massen herausbefördert. Die Ernährung sinkt; theils durch Entkräftung, theils durch hinzutretende Bauchfellentzündung erfolgt der Tod. Bei den chronisch sich entwickelnden Darmstenosen besteht Stuhlträgheit, Coprostase, reichliche Gasentwickelung, hie und da Erbrechen. Dazu treten leichte, kurze, später ernste, hartnäckige Anfälle von Darmverschliessung, die endlich unter den gleichen Erscheinungen wie oben zum Tode führen.

Romberg gibt an, einen solchen Kranken durch metallisches Quecksilber, Gedicke durch Lufteinblasen geheilt zu haben. Man wird gut thun, sich, wo stärkere Abführmittel erfolglos blieben, nicht lange mit inneren Mitteln abzugeben. Am meisten Vertrauen verdienen Masseneingiessungen kalten Wassers mittelst des Hegar'schen Trichter's, die ein bis zweimale im Tage aus einer Höhe von 1—2 Mtr. wiederholt werden. Durch Beimischung von Brausepulver können solche Massenclystiere noch wirksamer gemacht werden. Bleiben diese unwirksam und drängen die Erscheinungen, so hätte man sich zur Eröffnung irgend einer stark gefüllten Dünndarmschlinge, die man an die durchschnittenen Bauchdecken annäht, zu entschliessen. Da vielfach bei diesen Kranken Ventilwirkungen, ausgehend von der Ueberfüllung und Spannung des von oben eintretenden Darmstückes, die Verschliessung erst zu einer vollständigen machen, so wird man auch häufig bald nach der Enterotomie

die natürliche Wegsamkeit des Darmes sich von selbst wiederherstellen sehen.

Bei den unter 4) und 5) angeführten Verschliessungen des Darmes durch Fremdkörper treten häufig zu den Erscheinungen der Darmverschliessung noch reflectorisch erregte Hirnsymptome hinzu, Delirien, Sopor, namentlich Convulsionen. Bisweilen wird auch die Darmschleimhaut verletzt oder wund gemacht, und es mengt sich den anfänglichen Stuhlabgängen etwas Blut bei. Spulwürmer können aus ihren dem Kothe beigemengten Eiern erkannt werden. Für diese erweist sich Santonin, für die übrigen die anfängliche Anwendung von Abfürmitteln, wenn Convulsionen eintreten, von Narcoticis nützlich.

XIII. Invagination.

Darmeinschiebung, Intussusception.

Gorham: Guys Hospital reports Nr. 7. Oct. 1838.
Rilliet und Barthez: Maladies des enfants I. p. 1806.
W. Thomas: Ueber Darminvagination im ersten Kindesalter. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 46. p. 23.
C. Pilz: Zur Invagination im kindlichen Alter. Jahrb. der Kinderheilk. N. F. III. p. 7.
Hodges und Vacy cit. in Virchow und Hirsch's Jahresber. pro 1868. p. 135.
J. Hutchinson: Berl. klin. Wochenschrift. 1872. Nr. 27.

Die Invagination kommt im Kindesalter verhältnissmässig oft vor (über $^1/_3$ aller Fälle), besonders um die Mitte des ersten Lebensjahres herum; Knaben werden mehr als doppelt so oft betroffen als Mädchen. Als Ursachen lassen sich für die geringere Zahl von Fällen nachweisen: Gewaltsame Einwirkungen auf den Unterleib, Erschütterungen des Körpers, Verstopfung oder Durchfall, die während einiger Tage vorausgingen. Gewöhnlich sind gar keine Ursachen aufzufinden; in wieweit die letztgenannten Unregelmässigkeiten der Verdauung den Schluss post hoc: propter hoc zulassen, ist auch noch fraglich.

Die meisten Darmeinschiebungen bei Kindern sind absteigende. Ueber die Hälfte der Fälle erfolgt so, dass Dünn- und Dickdarm in den Dickdarm eingeschoben sind. Zu diesen darf man noch 8% der Fälle hinzurechnen, in welchen Dünn- in Dickdarm eingeschoben ist; man kann dann sagen, dass etwa $^2/_3$ aller Fälle in der Gegend der Ileocöcalklappe ihren Ursprung nehmen. Von den übrigen gehört $^1/_4$ dem Dickdarm allein, der kleinste Rest dem Dünndarm

allein an. Mehrfache Invaginationen sind nur im Sterben bei diarrhöekranken Kindern am Dünndarm entstanden, ein häufiger, aber völlig gleichgültiger Befund. Solche doppelte oder gar mehrfache Einschiebungen, die, am Lebenden entstanden, Spuren von Blutdurchtränkung der Darmhäute und Entzündung des Peritonäums an sich tragen, sind überaus selten. Thomas hat einen derartigen Fall mitgetheilt. Rilliet hat bereits als Ursache der häufigen Einschiebungen in der Klappengegend die lose Befestigung des Blinddarmes in der rechten Darmbeingrube hervorgehoben. Als weitere Ursache hiefür hat Pilz auf den getrennten Uebergang der Längsmusculatur des Dünndarmes in die des Dickdarmes aufmerksam gemacht. Wenn man sieht, wie oft bei Erwachsenen Krebsgeschwülste, Polypen und ähnliche Vorragungen der Darmwand zur Entstehung der Invagination den Angriffspunct bieten, so wird es wahrscheinlich, dass diese Stelle durch die vorspringende Schleimhautfalte und deren starke Ringfaserschichte einen so besonders günstigen Anhaltspunct für die Einschiebung bietet. Gleichzeitige starke Contraction der Ring- und Längsfaserschichte dürfte wohl die günstigste Bedingung für die Entstehung darbieten. Sie würde besonders leicht zu erklären sein, wenn aus irgend welchem Grunde einmal das unterste Stück des Dünndarmes anstatt flüssigen Breies festen Koth führte. Ist die Einschiebung einmal geschehen und das Dünndarmende durch das hineingedrehte Gekröse und die Schwellung der Häute des Intussusceptums verengt, so liefern gesteigerte peristaltische Bewegungen die Kraft, die fortwährend die Einschiebung weiter vorwärts drängt und dadurch das Kolon immer mehr verkürzt bis zu einem Strange quer von der rechten zur linken Darmbeingrube, und es dahin bringen kann, dass das Coecum in oder vor den Mastdarm zu liegen kommt. Die Entstehung sehr umfangreicher Invaginationen wird begünstigt durch Hemmungsbildungen des Mesenteriums (Claron). Die äusserste der drei Darmröhren an der Einschiebungsstelle ist das Intussuscipiens, die beiden inneren sind Intussusceptum und zwar die mittlere eintretendes, die innere austretendes Rohr. Die Mündung des Intussusceptum's steht excentrisch wegen des Mesenterium's, das zwischen äusserem und mittlerem, mittlerem und innerem Rohr hereingezogen nach einer Seite drängt. Das Mesenterium selbst erleidet eine Art von Einklemmung; die Arterien werden weniger, die Venen mehr comprimirt, daher Blutstockung und Blutdurchtränkung Mesenterium und invaginirte Darmparthie betrifft.

Die Krankheit beginnt stets plötzlich. Erbrechen und Leibschmerz bilden den Beginn, beide so gut wie constant, bald das eine, bald das andere früher bemerklich. Beide wiederholen sich in kurzen Zwischenräumen bis zum Ende der Krankheit. Das Erbrochene besteht aus Speiseresten im Beginne, dann folgt Galle und gelblich-schleimige Masse, erst nach einigen Tagen kommt, wenn die Krankheit so lange dauert, Kotherbrechen. Nahrungsaufnahme erregt und steigert das Erbrechen; in der Beziehung verhält sich die Krankheit so, wie jede Darmverschliessung. Die Ueberausdehnung des Darmes reizt die sensiblen Nerven seiner Wände und erregt heftige, schmerzhafte Contractionen (Kolik). Der zusammengepresste Darminhalt kann nur nach Oben entweichen und erregt, in den Magen gelangt, Erbrechen. An der Einschiebungsstelle wird das Gekröse comprimirt, die Venenwände leisten weniger Widerstand, als die der Arterien, das eingeschobene Stück wird so blutüberladen, in seinen Häuten mit Extravasat durchtränkt und zudem Sitz einer Blutung an der Schleimhautfläche. Blutige Stühle folgen in $^5/_8$ der Fälle bald nach geschehener Einschiebung. Sie sind bei Kindern constanter als bei Erwachsenen: bei der Enge der Theile wird das Gekröse stärker eingeschnürt als dort. Wenn man bald nach dem Beginne hinzukommt, so kann an irgend einer Stelle des Unterleibes, am Häufigsten in der Gegend der rechten Darmbeingrube, eine cylindrische, glatte, bewegliche Geschwulst gefühlt werden, die Einschiebungsstelle mit ihrer dreifachen, geschwollenen, blutdurchtränkten Darmwand bildet dieselbe. Nach einiger Dauer der Krankheit lagert sich den Bauchbecken allenthalben der von Gas und Flüssigkeit aufgetriebene Dünndarm an, die Decken selbst werden gespannter und die Geschwulst wird unfühlbar. Hie und da ragt das eingeschobene Darmstück aus dem After hervor, schon durch eine blutige Röthe vor einem gewöhnlichen Mastdarmvorfalle ausgezeichnet. Das vorgefallene Intussusceptum setzt sich nirgends in die Wand des Mastdarmes fort, sondern seine Verlängerung liegt frei in dessen Höhle. Andere Male, freilich nicht oft, gelingt es, mittelst des eingeführten Fingers die Mündung des eingeschobenen Stückes im Mastdarm zu fühlen. Für diese Untersuchung ist die völlige Erschlaffung des Schliessmuskels sehr günstig. Sie findet hier ebenso Statt, wie bei anderen Formen der Darmverschliessung und erklärt sich wohl nur ungenügend aus der völligen Leere des Mastdarmes.

D e r V e r l a u f ist acut aber fieberlos. Die Kinder verfallen

und magern rasch ab. Der Tod ist der weitaus häufigere Ausgang der Krankheit. Er trat etwa unter 9 Fällen 7 Male ein und zwar stets zwischen dem 2. und 6. Tage. Neuerdings berechnet Widerhofer aus grossen überzeugenden Zahlen 1/3 Heilungen. Es ist von Interesse, zu fragen, woran solche Kranke zu Grunde gingen. Meistens findet sich keine Peritonitis und keine schwerere Erkrankung des Darmes oberhalb der Eintrittsstelle; jedenfalls darf man Fälle wie den von Vacy, wo am genannten Orte eine brandige Darmdurchbohrung stattgehabt hatte, als Seltenheit betrachten. Ebenso verhält es sich mit dem Eindringen von Koth in die Luftwege beim Erbrechen und daher erregter Lungenentzündung und septischer Infection. In den meisten Fällen sterben die Kranken an Erschöpfung wegen der aufgehobenen Ernährung; auch die Blutung mag noch etwas dazu beitragen. Ueber die Möglichkeit der Selbstentwickelung der Darmeinschiebung lässt sich streiten, jedenfalls ist sie so schwer nachzuweisen, dass sie praktisch ohne Bedeutung ist. Die gewöhnlich allein zu berücksichtigende Art der Naturheilung, diejenige durch brandige Losstossung und Entleerung des eingeschobenen Stückes, kommt im Kindesalter seltener als bei Erwachsenen, auf 162 Fälle bei Pilz nur 14 Male, also auf etwa 11—12 Fälle einmal vor. Beim Erwachsenen kann auch der durch das eingeschobene Stück führende Kanal sich allmählig erweitern und so eine genügende Wegsamkeit des Darmes sich herstellen. Ein solcher Fall besucht zeitweise die Jenaer Klinik, es ist ein sehr kräftiger Bauer, bei dem vor langen Jahren das aus dem After heraushängende Coecum ecrasirt wurde — die chirurgische Klinik besitzt dasselbe noch —, das Ende der Einschiebung jetzt noch im After gefühlt und selbst vor denselben herausgepresst werden kann, so dass man bequem mit einem dicken Katheter seine Lichtung untersuchen kann. Die brandige Losstossung des eingeschobenen Stückes geschieht, wenn überhaupt, dann meistens in den ersten 1—3 Wochen.

Für die Behandlung ist in der ersten Zeit wegen des Leibschmerzes etwas Opium zu empfehlen; es wirkt zugleich dem Erbrechen und der das Uebel steigernden Peristaltik entgegen. Ist die Blutung heftig, oder nimmt die Gasauftreibung des Leibes rasch zu, so sind kalte Umschläge zu empfehlen. Manche empfehlen das metallische Quecksilber; es kann bei der grossen Mehrzahl der absteigenden Einschiebungen nur schaden. Ein Heilungsfall ist übrigens dafür verzeichnet (Ulmer). Von der Anwendung der Abführ-

mittel steht man am Besten ganz ab, falls die Diagnose sichergestellt ist; bei irgend unsicherer Diagnose muss man eines derselben versuchen. In der ersten Zeit der Krankheit, sobald als möglich, versuche man durch reichliche Einspritzungen von Luft, von Wasser oder von beiden abwechselnd die Einschiebung zurückzubringen; da sie meistens am Dickdarm und meistens nach Abwärts erfolgt, so lässt sich davon am meisten hoffen. In der That hat Pilz 12 so erzielte Heilungsfälle gesammelt. Wo das Ende der Einschiebung im Mastdarm zu fühlen ist, zieht man vor, es nach Nissen mittelst einer hoch hinaufgeführten Schlundsonde direct zurückzubringen. Dies gelang in 5 Fällen. Wo beides in der ersten Zeit missglückt und der Unterleib sich stark auftreibt, lässt sich ebenso wie bei den Darmverengerungen überhaupt noch ein Verfahren empfehlen, nämlich die Vornahme der provisorischen Enterotomie. Man wird dadurch dem Dünndarminhalt Abfluss gewähren, die Ernährung wieder möglich machen und zugleich der kranken Stelle Ruhe verschaffen, um die Losstossung des eingeschobenen Stückes vollenden zu können. J. Hutchinson hat bei einem 4jährigen Mädchen den Bauchschnitt gemacht, die Intussusception entwickelt und ohne Peritonitis Heilung erfolgen sehen. Widerhofer stellt 10 Fälle zusammen, in welchen die Laparotomie gemacht wurde, darunter dreimale mit günstigem Erfolge.

XIV. Tuberculosis intestinalis.

Scrofulosis mesaraica, Phthisis mesaraica.

Eust. Smith: On the wasting diseases of infants and children ed II. S. 66 und 265.

Die Bildung tuberculöser Geschwüre findet sich am häufigsten im untern Theile des Ileums und Colon vor, in jedem weiter aufwärts gelegenen Theile des Intestinaltraktes seltener, bis wieder die seitliche Rachenwand (vergl. S. 427) eine Ausnahme bildet. Die Ileocöcalklappe selbst und die nächst angrenzenden Abschnitte des Dickdarms sind reichlicher betroffen, als das Colon descendens und das S romanum. Es sind schmale circulärgestellte sog. Gürtelgeschwüre, die sich von den lymphatischen Apparaten des Darmes ausgehend entwickeln. Häufig sind sie schon von aussen zu erkennen an ihrer blaurothen Färbung und an den stellenweise auch auf der Serosa ihnen entsprechenden grauen Knötchen. Die zugehörigen Mesenterialdrüsen, namentlich jene des Winkels zwischen Colon und

Ileum zeigen sich regelmässig geschwollen, vergrössert, geröthet, meistens auch stellenweise mit käsigen Massen durchsetzt. Mehrere dieser Drüsen können verwachsen und drüsige Massen bis zu Orangengrösse bilden. In der Umgebung der Gürtelgeschwüre finden sich nicht selten kleinere, stecknadelkopf- bis linsengrosse kraterförmige Geschwüre einzelner Solitärfollikel oder gelbe seltener graue Tuberkelknötchen vor. Die Geschwüre gelangen verhältnissmässig selten dazu zu perforiren, Fisteln nach andern Darmstücken, der Blase u. s. w. zu bilden oder durch Eröffnung von Gefässen Blutung zu erregen. Häufig finden sich zugleich käsige oder tuberculöse Prozesse in anderen Organen vor, namentlich reichliche Tuberkeln auf dem Peritoneum mit serösem Erguss in den Bauchfellsack.

Die Ursachen sind jene der phthisischen Erkrankungen im Allgemeinen. Das Alter unter 3 Jahren wird selten betroffen. Man muss vermuthen, dass bei Lungenphthise mit reichlich secernirenden Bronchialulcerationen und Cavernen das Verschlucken der Sputa die Erkrankung des Darmes vorwiegend veranlasse und dass wo die Milch oder andere Nahrungsmittel als Infectionsträger wirken, gerade der Darm frühzeitig ergriffen werde. Ganz besonders muss die Milch perlsüchtiger Kühe verdächtig erscheinen gerade diese Form tuberculöser Erkrankung zu bewirken. Dass eine schwindsüchtige Mutter oder Amme auf diesem und nicht auf anderem Wege (Exhalation) ihren Säugling angesteckt habe, wird am ersten zu vermuthen sein, wo die Darmphthise sich frühzeitig in den Vordergrund des Krankheitsbildes stellte. Vorwiegender Genuss schwerverdaulicher, irritirender Nahrungsmittel ist gleichfalls geeignet bei vorhandener phthisischer Anlage die fragliche Erkrankung des Darmes zu veranlassen.

Für die tuberculöse Verschwärung des Darmes ist das Hauptsymptom hartnäckige auch geeigneter Diät und Arzneibehandlung Widerstand leistende Diarrhoe, für die Anschwellung der Mesenterialdrüsen die Tastwahrnehmung der durch sie gebildeten Geschwülste.

Diarrhoe wird besonders dann verdächtig sein auf tuberculöser Verschwärung des Darmes zu beruhen: wenn sich Zeichen von Verdichtung der Lungenspitzen oder Schwellung der Bronchialdrüsen vorfinden, wenn sie mit Fieber verläuft oder unverhältnissmässige Abmagerung und Anämie (durch Hemmung des Chylusstromes in den Mesenterialdrüsen) bewirkt, oder wenn sie neben den Symptomen von Meningitis basilaris oder Ascites, letzteres bei freier Leber und Niere verläuft. Die Mesenterialdrüsengeschwülste sind

durch Form, unveränderte Lage und mässige Verschiebbarkeit von anderweiten Unterleibsgeschwülsten, namentlich Kothballen im Colon zu unterscheiden.

Die Prognose ist vorwiegend ungünstig, selbst in dem Falle ausnahmsweiser Heilung wäre die Entstehung ringförmiger Darmstenose zu befürchten. Die Behandlung muss die Ernährung fördern durch solche Nahrungsmittel, die schon vom Magen aus zur Resorption kommen, da der Flächencatarrh des Darmes und die Verlegung der Chylusbahn wenig Resorption vom Darm aus erwarten lassen. Eier, Chocolade, rohes Rindfleisch, kräftige Schleimsuppen sind besonders empfehlenswerthe Nahrungsmittel, Mandelmilch, Gerstenschleim, Kumys eignen sich nebst Thee und Rothwein zum Getränke. Unter den Arzneimitteln gehört die alte Verbindung von Blei und Opium noch immer zu den wirksamsten, auch Wismuth mit Opium, Bela indica, Tct. nuc. vomic. sind zu empfehlen. Von Cotoin und Paracotoin haben wir weniger Erfolg gesehen. Clystiere von Stärkeabkochung, Höllensteinlösung, Tannin unterstützen jene Mittel.

XV. Prolapsus ani.

Der Mastdarmvorfall kommt im Säuglingsalter selten, mit grösster Häufigkeit im Alter zwischen 1 und 3 Jahren vor, später wieder seltener, wird etwas häufiger bei Knaben als bei Mädchen beobachtet, hauptsächlich im Verlaufe von Krankheiten, welche eine Erschlaffung des Rectums mit sich bringen und zu häufigem Drängen Veranlassung geben. So sieht man ihn bei Diarrhöen, Dysenterie, bei hartnäckiger Stuhlverstopfung, Mastdarmkatarrhen und Polypen, bei Steinkrankheit der Blase u. dgl. entstehen während heftigen Drängens, dann aber auch während ungewöhnlicher Hustenanfälle, z. B. bei Pertussiskranken, bei starkem Weinen etc. Ersteres sind prädisponirende, letzteres Gelegenheitsursachen desselben.

Der Process des Vorfallens erfolgt in der Weise, dass zuerst einige blassrothe, glänzende Falten zwischen dem After zum Vorschein kommen, dann diese sich weiter vordrängen, durch den Sphinkter am Rückgange verhindert werden und in dieser Weise eine von Schleimhautfalten des nach Abwärts gedrängten mittleren Abschnittes des Mastdarmes (zwischen Prostata und Douglas'scher Falte gelegen) gebildete Geschwulst darstellen. Dieselbe ist rundlich, länglich rundlich oder cylindrisch, blassroth, glänzend, von

Schleim bedeckt, bei der Berührung wenig empfindlich, jedoch leicht blutend. An dem untersten Theile derselben gewahrt man einen rundlichen oder länglichen Spalt, durch welchen der Finger in die Mastdarmhöhle vordringen kann. Bei stärkerer Erschlaffung des Darmrohres und intensiverer längerer Einwirkung der Bauchpresse geschieht es, dass eine zweite Art des Mastdarmvorfalles zu Stande kommt, welche jedoch von ersterer sich nicht in allen Fällen unterscheiden lässt: Vorfall des Mastdarmes selbst mit allen seinen Häuten und zwar wieder des mittleren Theiles desselben. Nur wenn die Schleimhaut am After in die äusseren Integumente unmittelbar übergeht, ist anzunehmen, dass auch der ganze unterste Abschnitt des Mastdarmes vorgefallen sei. Diese Form ist etwa durch ihre stärkere Entwicklung in die Länge und ihr rascheres Hervorkommen von der vorigen zu unterscheiden, mit der sie die übrigen Merkmale gemeinsam hat. In beiden Fällen kann bei längerer Dauer dieses Zustandes an den vorgefallenen Theilen Verschwärung oder selbst Gangrän entstehen.

Die Prognose ist insofern günstig, als die Reduction und das Zurückhalten des Vorfalles auf einige Zeit nicht schwierig zu sein pflegt. Dagegen bleibt Neigung zu Recidiven zurück, die sehr lästig werden können. Nur bei Vernachlässigung können lebensgefährliche Processe daraus hervorgehen. Aber selbst bei eingetretener Gangrän kann nach Losstossung des vorgefallenen Stückes noch Heilung eintreten. Die Reposition geschieht mittelst des eingeölten Zeigefingers der rechten Hand und zwar in der Weise, dass dieser die prolabirten Falten bei kleineren Vorfällen einfach gegen die Afteröffnung hindrängt, indess die 2—3 ersten Finger der linken Hand an dieser ruhend das Wiedervorfallen verhüten. Bei grösseren Vorfällen ist zuerst mittelst des rechten Zeigefingers vom äusseren Ende her, indem man denselben in den Darm einführt, die Wiedereinstülpung des umgestülpten Darmes einzuleiten und dann erst, wenn diese in gewissem Grade zu Stande gebracht ist, der Rest im Ganzen zu reduciren. Es ist wichtig, während dieses Verfahrens eine geeignete Lage (Bauchlage mit erhöhtem Steisse und abducirten Schenkeln) einhalten zu lassen und das Weinen und Drängen des Kindes möglichst durch Güte oder Drohen zu verhüten. Zum Zurückhalten wird eine Binde verwendet, welche, circulär um die Hüften fixirt, mittelst einiger Touren einen Schwamm oder einen Charpiepfropf gegen den After drängt. Doch kann bei fortwährendem Drängen und bedeutender Erschlaffung des Mast-

darmes die Tamponade und die Bestreuung oder Benetzung des Tampons mit Adstringentien (Gm. Kino, Ratanhia, Essig) nöthig werden. Um Rückfälle zu vermeiden, ist entsprechende Behandlung derjenigen Krankheit, welche die Auflockerung der Mastdarmschleimhaut verursachte, also der Diarrhöe, der Obstipation etc. nöthig. Während der Stuhlentleerung muss noch längere Zeit alles Drängen vermieden oder unmöglich gemacht werden. — In sehr hartnäckigen Fällen ist zum Zwecke der narbigen Verengerung des vorfallenden Mastdarmstückes die Kauterisation (mit Nitr. argenti oder Ferrum candens) oder die Excision einiger Schleimhautfalten an dem Prolapsus vorzunehmen. Ausserdem hat man auch Vortheil gesehen von der endermatischen oder hypodermatischen Anwendung des Strychnins in der Nähe des Afters (grm. 0,001—4) oder dem innerlichen Gebrauche des Extr. nucum vomicarum.

XVI. Atresia recti.

Angeborener Verschluss des Mastdarmes.

G. Förster: Die Missbildungen des Menschen p. 123.
T. B. Curling: The Lancet 1857. I. Nr. 5. und Journ. f. Kinderkrankh. B. 40. p. 346.
Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 42. p. 279. (Verhandlungen der chirurg. Gesellschaft in Paris.)
H. Friedberg: Ueber einen Fall von angeborener Aftersperre. Virch. Arch. Bd. 17. p. 147.
H. Ranke: Ueber zwei Fälle von angeborener Aftersperre mit künstlicher Afterbildung in der Leistengegend. Journ. f. Kinderkrankh. IX. S. 81.

Diese seltene Missbildung findet sich in einer Reihe von Formen vor. 1) Der Mastdarm verläuft gegen die Blase oder Vagina hin und legt sich mit einer blinden Endigung an diese an; dann fehlt der After gänzlich oder ist nur schwach angedeutet. 2) Er reicht weiter herab in seinem gewöhnlichen Verlaufe, endet dann blind nahe der ihm entgegenkommenden auch blind endenden Aftergrube. Nach Lobligeois lag unter 60 Imperforationen am unteren Ende des Mastdarmes der Fehler 52mal zwischen Sphinkter internus und Cutis. 3) Oder die Verschliessung oder blosse Verengerung hat ihren Sitz höher, mehrere Zoll von dem Orificium externum entfernt. 4) Das Rectum ist nicht gebildet, das Kolon endet in der Gegend des linken Hüftbeinkammes blind. 5) Die Mündung an der natürlichen Stelle mangelt, aber eine meist enge Ausgangsöffnung des Mastdarmes führt in die Blase, in die Vagina, Urethra, seltener an

ungewöhnlichen Stellen nach Aussen. Mit diesen Hemmungsbildungen können noch andere verbunden sein, namentlich höher oben gelegene Stenosen am Darme, die dann ihrerseits die Symptome modificiren und Prognose und Therapie beherrschen.

Die Symptome, wenigstens der vier erstaufgeführten Formen sind folgende: Mangelnde Stuhlentleerung, Auftreibung des Kolons durch Anhäufung von Meconium in demselben, dann Dämpfung des Percussionsschalles (Depaul), öfter auch tastbare Geschwulst längs des Kolon descendens, das unter diesen Verhältnissen häufig eine Ausbeugung nach Rechts hinüber macht, so dass der Beginn der Flexur über dem rechten Schambeinaste liegt. Sehr bald treibt sich aber der ganze Unterleib auf, es stellt sich Erbrechen des Genossenen, gelblicher Flüssigkeit (Dünndarminhalt), dann von Meconium ein, die Nahrungsaufnahme stockt und durch Entkräftung tritt nach einigen Tagen der Tod ein. Man kann die älteren Erzählungen von Leuten, die bei von Geburt an verschlossenem After assen, verdauten und zeitweise den Koth durch Erbrechen entleerten (Bartholin, Baux, Denys), nicht gerade anzweifeln, doch aber annehmen, dass diesen ganz wenigen Fällen ganz exceptionelle anatomische Verhältnisse zu Grunde gelegen haben mögen, und dass auf eine gleich günstige Einrichtung niemals zu rechnen sei.

Die Erkenntniss der einfachen Imperforation ist leicht; sie wird durch die Besichtigung erlangt, und man kam dem Arzte in vielen Fällen schon damit entgegen. Schwieriger wird die Sache, wenn der Mastdarm gebildet ist, und die Verschliessungsstelle an der Flexur liegt. In diesem Falle muss durch den eingeführten Katheter die Verschliessungsstelle gefühlt und durch fruchtlose Wasserinjectionen die Leere des untersten Darmabschnittes erwiesen werden. Die Untersuchung der Blase mittelst des Katheters und die Besichtigung des Urins ist wichtig, um etwaige Verbindung zwischen Mastdarm und Blase (Rest der fötalen Kloakenbildung) nicht zu übersehen. Auf zugleich höher oben vorhandene Verengerungen des Darmes weisen hin: Frühzeitiger Eintritt des Erbrechens, Erbrechen blos flüssiger, gelblicher Massen ohne eigentliches Meconium, geringe und ungleichmässige Ausdehnung des Unterleibes. Ausserdem darf man annehmen, dass am oberen Theil des Dünndarmes sitzende Verengerungen sich noch durch auffällige Verminderung der Urinmenge zu erkennen geben werden.

Die Behandlung ist eine vollständig chirurgische. Wo der Mastdarm in der Nähe der Stelle des Afters vermuthet werden darf, ist

es angezeigt, Schicht für Schicht die Weichtheile von Aussen zu spalten und dann den eröffneten Mastdarm nach Abwärts zu ziehen und so nahe wie möglich bei der Haut durch Nähte zu befestigen. Das einfache Einstechen oder Einschneiden hat nicht allein öfter zu schweren Verletzungen und starken Blutungen geführt, sondern es hat auch in den günstigen Fällen, in denen der Mastdarm getroffen wird, nur vorübergehenden Erfolg (Friedberg); der gebildete Kanal verengt sich wieder und wird trotz öfterer Erweiterung nicht dauernd wegsam. Wo der Mastdarm sich mit etwas weiterer Oeffnung mit der Scheide oder Blase in Verbindung setzt, kann der von dort aus eingeführte, mit der Spitze nach Abwärts gerichtete Metallkatheter ein guter Führer für die Operation der Proktoplastik werden. Etwa ähnlich wie bei den erst besprochenen wird in jenen Fällen die Operation zu machen sein, in welchen der Mastdarm blind endet, und die Annahme gerechtfertigt ist, dass die Unterbrechung seines Lumens nur eine kurze Strecke betrifft. Auch hier muss man suchen, nach hergestellter Verbindung die Schleimhaut des oberen Stückes herabzuziehen und mit der des unteren zu vereinigen.

In allen Fällen, in welchen die Auffindung des Mastdarmes von der Stelle des Afters aus nicht gelingt, oder wegen höheren Sitzes der Verengerung nicht versucht werden darf, bleiben nur die Operationsweisen von Callissen-Amussat und von Littré übrig, die Eröffnung des Darmes in der Lenden- oder Leistengegend. Das letztere Verfahren gilt als das leichtere und zweckmässigere, aber es ist schwierig zu sagen, ob man es linker- oder rechterseits ausführen soll. Wo das absteigende Kolon in der linken Leistengegend gefühlt oder percutirt werden kann, wird man links einschneiden, den Dickdarm annähen und eröffnen. Wo dieser Nachweis nicht vorliegt, bietet die rechte Seite sicherere Aussicht, das Ende des Kolons zu treffen. Bezüglich der erzielten Resultate sei erwähnt, dass Curling angibt, unter 26 einfachen Imperforationen habe 5 Mal die Operation vom After aus, 7 Mal die von der Leistenbeuge aus Erfolg gehabt, von 31 etwas höher gelegenen Mastdarmverschliessungen habe 10 Mal die Operation vom After, einmal die von der Lendengegend aus sich hilfreich erwiesen. Eine sehr vollständige Sammlung der älteren Fälle hat Tüngel in seinem Buche über die künstliche Eröffnung des Darmes gegeben.

XVII. Mastdarmpolyp.

A. Stoltz: Historische und kritische Bemerkungen über Mastdarmpolypen bei Kindern mit neuen Beobachtungen. Journ. f. Kinderkrankh. XXXIV. p. 393.

Kronenberg: Ein Beitrag zu den Beobachtungen über die Mastdarmpolypen bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankh. XXXVI. p. 1.

P. Guersant: Polypen des Mastdarmes bei Kindern. (Bull. de Thérapie, Avr. 1864.) Schmidt's Jahrb. Bd. 124 p. 55.

J. Bokai: Ueber Mastdarmpolypen bei Kindern. Jahrb. f. Kinderkrankh. n. F. IV. S. 371.

Vereinzelte Fälle sind schon länger, jedenfalls im vorigen Jahrhundert, veröffentlicht. Stolz hat zuerst 1831 eine zusammenfassende Beschreibung der Krankheit geliefert, ihm folgten Gigeon, Dotzauer, Guersant u. A. Es handelt sich um einzeln auftretende, kleine, dünn gestielte Auswüchse der Mastdarmschleimhaut, die bis zu der Grösse einer Erdbeere, Haselnuss, Kirsche heranwachsen. Die Geschwulst ist weich, blutreich, bei Berührung leicht blutend und zeigt auf dem Schnitte ausser dem Schleimhautüberzuge einen Kern, der den Beschreibungen nach als Adenom aufzufassen ist. Der Sitz ist 1½—2″ vom After entfernt, zwischen innerem und äusserem Sphinkter, seltener höher oben, bis zum Coecum hin (Guersant).

Ueber die Häufigkeit des Auftretens lauten die Angaben verschieden, es scheint sich wie bei manchen selteneren Krankheiten zu verhalten: wer sucht, der findet. Bokai fand etwa auf 2600 kranke Kinder einen Mastdarmpolypen. Die Krankheit kommt zwischen dem 3. und 12. Lebensjahre vor, bei Knaben mehr als bei Mädchen, jedenfalls bei Kindern ungleich häufiger als bei Erwachsenen.

Als Ursache werden Wurmreiz, Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung, starkes Pressen zum Zwecke derselben angeschuldigt, am Allgemeinsten dürften chronische Katarrhe des Rectums zu Grunde liegen.

Wenn die Kranken zur Beobachtung kamen, wurden sie als blass, blutarm, kränklich, oft auch als scrophulös bezeichnet. Das baldige Aufblühen ihrer Gesundheit zeigt nach Entfernung der Krankheit, dass dies Folgezustände, nicht Ursachen ihres Leidens waren. Die Geschwulst verursacht eine Reihe von örtlichen Symptomen: Schmerz, Zwang, kolikartige Zufälle bei der Stuhlentlee-

rung, doch verlieren sich diese oft im späteren Verlaufe oder werden nicht mehr beachtet. Constant ist die Blutung aus dem After, sowohl bei und nach der Stuhlentleerung, als auch in der Zwischenzeit. Sie ist nicht reichlich, aber sie macht durch ihre Dauer anämisch. Das Blut kommt frisch, mit den Fäces unvermengt zu Tage. Bei Mädchen gab es schon zu der irrigen Annahme vorzeitiger Menstruation Veranlassung. Die Geschwulst kann bei einer gewissen Grösse und einiger Härte an dem Kothe eine Furche veranlassen, doch kann dies Zeichen sowohl anderweit vorkommen, als bei dieser Krankheit fehlen. Je länger die Geschwulst besteht und wächst, desto mehr wird ihr Stiel durch den vorübergehenden Inhalt des Rectums gedehnt und verdünnt; nachdem die Blutungen eine Zeit lang bestanden haben, erscheint nach jeder Stuhlentleerung ein rother erdbeer- oder kirschenähnlicher Körper vor dem After; Anfangs tritt er von selbst wieder zurück, später muss er mit den Fingern reducirt werden. Unter allen sog. Polypen, die an irgend einer Schleimhaut vorkommen, reissen die des Mastdarmes am Häufigsten von selbst ab, sie sind der stärksten Zerrung durch den Inhalt des Kanales, an dessen Wand sie sitzen, ausgesetzt. Die Neubildung mit dem in das Rectum eingeführten Finger zu fühlen, gelingt nicht immer, theils wegen hohen Sitzes, theils wegen der Weichheit derselben. Das constanteste Zeichen bildet die Blutung, nächstdem die aus dem After hervortretende Geschwulst, die Furche am Koth, die im Rectum tastbare Geschwulst.

Wenn keine merkliche Störung der Ernährung besteht, wenn die Blutung selten und gering ist, kann man eine Weile zuwarten, ob nicht fortschreitende Verdünnung und endliche Losreissung des Stieles zur spontanen Heilung führe. In den meisten Fällen fordert die Anämie des Kranken zur alsbaldigen Entfernung der Geschwulst auf. Man lässt ein Klysma geben oder Ricinusöl nehmen, wartet bei der darauf folgenden Stuhlentleerung das Vortreten der Geschwulst ab, zieht sie noch vor und unterbindet den Stiel. Sie fällt dann am nächsten, höchtens zweiten Tage ab, und man vermeidet so die beim Abschneiden bisweilen eintretenden unangenehmen Blutungen. Tritt der Polyp nicht hervor, so muss man ihn innerhalb des Rectums fassen und abdrehen oder abschneiden. Recidive scheinen nicht vorzukommen.

D. Krankheiten des Peritonäums.

I. Ascites.

Dr. Wilhelms: Ein Fall von Lympherguss in die Bauchhöhle. Schmidt Jahrb. 1875. Heft 8.

O. Hinrichs: Ueber Punctionen bei Hydrops ascites. Diss. Würzb. 1877.

Ansammlung eiweisshaltigen, hinsichtlich des Salzgehaltes dem Serum ähnlichen, doch verdünnteren meist leicht blutigen oder faserstoffig-flockigen Transsudates in der Bauchfellhöhle, in der Menge von einigen Grammen bis zu mehreren Litern, erfolgt im Kindesalter aus folgenden Gründen: 1) in Folge von Erkrankungen (Tuberculose, abgelaufener Entzündung) des Bauchfelles. Dahin gehören namentlich viele Fälle angeborener Bauchwassersucht. So erzählt Moreau, dass er während der Entbindung die Punction des Abdomens machen musste; 2) bei andauernder Wasserretention und Eiweissausscheidung aus dem Blute: Hydrämie in Folge von Nierenerkrankungen. Diese Form ist stets mit Hautwassersucht, ziemlich regelmässig mit Erguss in andere seröse Säcke verknüpft; sie entsteht besonders nach Scharlach und macht dann leicht den Uebergang in entzündliche Formen der Bauchfellerkrankung. 3) Allgemeine venöse Blutstauung (Atelektase, Cirrhose, Emphysem der Lunge, Herzfehler) ruft neben anderen Formen der Wassersucht meist in geringfügigem Masse Ascites hervor. Ist dieser überwiegend, so bestehen entweder noch locale Hilfsursachen (tuberculöse Peritonitis, Leberkrankheiten), oder es ist, wo es sich um Herzfehler handelt, die Trikuspidalklappe die erkrankte oder miterkrankt. 4) Alle Krankheiten der Pfortader oder des Lebergewebes, die dieses Gefäss verschliessen oder den Querschnitt seiner Bahn verkleinern, bewirken Ascites. Hierher gehören z. B. die wenigen Fälle von Pylephlebitis (Löschner) und Cirrhose und manche syphilitische Erkrankungen der Leber. 5) Strömmungshindernisse, die die Vena cava inferior oberhalb der Mündung der Lebervenen treffen, wie z. B. Druck amyloid entarteter oder sonst geschwollener Lymphdrüsen, können die gleiche Wirkung haben. In einem Falle von Wilhelms hat es den Anschein, dass Berstung eines Lymphgefässes den chylösen Erguss in die Bauchhöhle verursachte. —

Die Flüssigkeit kann sich in einer Menge bis zu 10 Ltr. beim Kinde, beim Erwachsenen in mehr als doppelter Menge ansammeln.

Das spec. Gew. schwankt etwa zwischen 1007 bis 1020, liegt meistens zwischen 1012 und 1017, was etwa 2—3½ % fester Bestandtheile entspricht. Der Eiweissgehalt steht gewöhnlich niederer als 1½ % (Reuss) und ist höher als in hydrothoracischer, niederer als in Anasarca-Flüssigkeit. Der Druck wurde am Erwachsenen von Hoppe zu 23—25 mm Hg, von Leyden zu 8—40 mm Hg, beim Husten selbst bis 100 mm Hg gemessen. Bei rasch aufeinander folgenden Punctionen nimmt das spez. Gew. der Flüssigkeit ab, bei langsamer Reihenfolge der Punctionen kann es etwas steigen. Bei der einzelnen Punction grosser Mengen zeigt die erstentleerte Flüssigkeit etwas höheres spez. Gewicht. Es findet also innerhalb der Bauchhöhle Schichtung des Fluidum's statt.

Ascites verleiht dem Unterleibe eine im Stehen nach Unten verbreiterte, nach Vorne stark gewölbte Ovalform, die im Liegen sich dahin ändert, dass der Unterleib in der Mitte abgeflacht, zu beiden Seiten und nach Unten vorgewölbt wird. Die Percussion ergibt bei Rückenlage Dämpfung an den unteren und seitlichen Theilen der vorderen Bauchwand, begrenzt durch eine halbmondförmige, nach Oben concave Linie, in der Seitenlage Dämpfung nur auf der Seite des Unterleibes, auf der der Kranke liegt. Die Flüssigkeit nimmt stets den tiefsten Theil der Bauchhöhle ein und wird durch eine horizontale Ebene begrenzt, die je nach der Körperstellung die vordere Bauchwand in einer verschieden sich gestaltenden Linie schneidet. Innerhalb des Bereiches der Dämpfung wird Fluctuation wahrgenommen. Sehr massige Ergüsse können an der ganzen vorderen Bauchwand Dämpfung des Schalles machen, mehr gleichmässig kugelige Wölbung bewirken, den Nabel hernienartig vortreiben, die Vena cava inf. so comprimiren, dass an der vorderen Bauchwand ein unregelmässiges Netz collateral ausgedehnter Venen erscheint, endlich das Diaphragma in gefahrdrohender Weise empordrängen. Sehr geringe Ergüsse verändern die Form der Bauchdecken nicht und können oft kaum aus in günstiger Lage sich ansammelnder circumscripter Dämpfung erkannt werden. Reichliche Flüssigkeitsausscheidung beschränkt die Nahrungsaufnahme, vermindert die peristaltische Bewegung, erschwert Stuhlgang und Zurückhalten des Harnes, bewirkt durch Compression der Vena cava inferior Oedem der unteren Körperhälfte und behindert endlich die Athmung durch Fixation und Hinaufdrängung des Zwerchfelles. Gefühl von Spannung und Schwere im Unterleibe, erschwerte Bewegung des Körpers

sind den Kranken lästig, die Gefahr entspringt aus der Athmungsbehinderung.

Grosse Cystengeschwülste der Unterleibsorgane können mit Ascites verwechselt werden. Echinococcen der Leber, Dermoidcysten des Netzes, Hydronephrose, Cystenniere, Ausdehnung der Harnblase kommen hier in Betracht. Gewöhnlich ist die beschriebene Grenzlinie und die Beweglichkeit der Flüssigkeitsdämpfung bei Aenderung der Körperstellung zur Unterscheidung ausreichend. Für entzündliche Ergüsse sind Fieberbewegung, Reibegeräusch, Druckempfindlichkeit der Bauchdecken bezeichnend. Die Prognose richtet sich nach den in jedem Falle sorgfältig zu erforschenden Ursachen. Günstiger sind die Formen, die als Folge von acuter Peritonitis, Scharlach, Atelektase auftreten, von schlimmer Bedeutung die bei Lebercirrhose, Herzfehlern, chronischer Nierenentartung.

Bei massigem Ascites, der die Respiration beeinträchtigt, ist es gut, nicht viel Zeit zu verlieren, sondern durch die Punction Erleichterung zu schaffen. Die Punction muss mittelst eines dünnen Troicarts unter antiseptischen Cautelen stattfinden. Selbst bei Kindern wurde sie schon bis zu 10 Malen in einem Jahre vorgenommen. Es wird dadurch Zeit und zugleich für die Wirkung diuretischer Mittel bessere Aussicht gewonnen. Selbst bei Herzkranken lässt sich dadurch auf längere Zeit Waffenstillstand herstellen. Für geringere Mengen empfiehlt sich die Anwendung diuretischer, salinischer und pflanzlicher Mittel, bei Herzkranken Digitalis oder Scilla, bei Syphilitischen Jodkalium, bei chronischer Nephritis Uva ursi oder Balsamum peruvianum, in den meisten Fällen, besonders wo zugleich Hautwassersucht vorhanden ist, die Anwendung von Schwitzkuren. Durch heisse Bäder mit nachfolgendem starkem Schwitzen begünstigt durch Einpackung in wollene Decken werden leichtere, anatomisch nicht zu fest begründete Fälle von Ascites oft rasch geheilt. In gleicher Weise lässt sich subcutane Pilocarpininjection verwenden. Bei anderen ungünstigeren Formen werden wenigstens die Zwischenräume zwischen den Punctionen beträchtlich verlängert. Bei Herzkranken sind die Schwitzkuren mitunter der steigenden Athemnoth halber nicht anwendbar.

II. Peritonitis, Bauchfellentzündung.

J. Lorain: Das Puerperalfieber beim Fötus und beim neugeborenen Kinde. Gaz. des hôp. 1853. p. 123. Schmidt's Jahrb. Bd. 81. p. 73.

F. Weber: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1851. III. p. 59 u. f.
Rilliet und Barthez: Mal. des enf. Ed. II. Bd. II. p. I.
Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850.
Marten: Zur operativen Behandlung der Peritonitis II. p. 177. Virch. Arch. Bd. XX. p. 530.
E. Galvagni: Sulla peritonite cet. Virchow und Hirsch Jahresbericht 1869 II. S. 157.
Gauderon: De la péritonite idiopathique aiquë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par l'évacuation du pus à travers de l'ombilique. Thèse de Paris et Gaz. d. hop. 1876.
Berner: Virch. und H. Jahresber. 1879. II. 217.

Die Bauchfellentzündung hat in ihrem Auftreten im frühesten Kindesalter an Thore und an Bednar, in jenem im späteren an Rilliet und Barthez vorzügliche Beschreiber gefunden, welchen sich in neuerer Zeit Gauderon mit einer wichtigen Arbeit über idiopathische P. und eine ziemlich reiche Kasuistik anreihen.

Anatomisch charakterisirt sich die Peritonitis durch stärkere Injection der Gefässe des superitonealen Gewebes und des Peritonäums selbst, durch diffuse oder fleckige Röthe und mattes, trübes Aussehen der Membranen in den frühesten Stadien, indess weiterhin die Absetzung eines Exsudates erfolgt, dessen Charakter wesentlich für den Gang des ganzen Processes bestimmend ist. Namentlich circumscripte Formen führen einfach zur Ausscheidung einer faserstoffigen, fetzigen Auflagerung auf die betreffende Stelle, oder zur faserstoffigen Verklebung derselben mit einer gegenüberliegenden, während wieder andere mehr diffuse Formen ein serösalbuminöses Exsudat liefern, das nur mit wenigen Faserstoffflocken, die sich an den tiefsten Stellen des Peritonäalsackes gelagert finden, untermengt ist. Reichliche Entwicklung von Zellen, die auf einer frühen Stufe gleichmässig stehen bleiben, eitrige Metamorphose des Exsudates findet sich unter bestimmten gerade dazu disponirenden Umständen, ebenso die jauchige Zersetzung desselben, oder endlich es finden in Folge capillärer Zerreissung Beimengungen von Blutkörperchen statt: hämorrhagisches Exsudat. Im späteren Verlaufe kann dann das Exsudat, vorausgesetzt dass es gerade kein hämorrhagisches oder jauchiges war, nach Verflüssigung seiner festen Bestandtheile zur Resorption gelangen, mehr oder weniger vollständig mit Hinterlassung von Verdickungen oder Adhäsionen des Peritonäums, oder eitrige Exsudate werden durch fortschreitende Resorption ihrer flüssigen Bestandtheile eingedickt, gehen selbst, durch

Adhäsionen abgesackt, den Process der Verfettung und Verkreidung ein. Fernere Ausgänge sind: Perforation der Exsudate durch die Wände der Blase, des Darmes, der Bauchwand und Entleerung derselben nach Aussen, endlich die käsige Metamorphose eingedickter, liegen gebliebener Exsudate. Endlich bleibt in manchen Fällen eine Ernährungsstörung zurück, die zu fortwährender seröser Transsudation führt — Ascites als Folgekrankheiten.

Peritonitis ist eine der häufigsten Fötalerkrankungen. Die Hauptquellen derselben sind Syphilis (Simpson) und für die letzte Zeit des Fötallebens die septische Infection von der Mutter her. Dass sie jedoch auch aus anderen Ursachen entstehen könne, erwähnt schon Weber. Selbst perforative Peritonitis kann schon intrauterin vorkommen (Breslau). Von fötaler Bauchfellentzündung sind viele Fälle angeborener Darmstenose abhängig, sie kann ferner Bauchwassersucht zurücklassen, wie dies Virchow von mehreren Kindern einer Mutter berichtet.

Nach der Geburt ist die Krankheit am Häufigsten in den ersten drei Wochen, dies durch fortgesetzte Wirkung der septischen Infection von der Mutter her, dann wegen einiger Erkrankungen des Nabels: Gangrän, angeborener Hernie, die Peritonitis erregen. Erstere Form hängt mit Puerperalfieberepidemieen eng zusammen, dem Orte und der Zeit nach.

Auch für das übrige Kindesalter ist Peritonitis äusserst selten primär, wenn auch immerhin einzelne Fälle von einem Trauma ausgehen, oder in Ermangelung anderer Anhaltspuncte durch Erkältung erklärt werden müssen. Für die von manchen Seiten geradezu bestrittene Existenz von primärer Peritonitis ist Duparcque eingetreten. Er behauptet, dass sie unter sieben Fällen bei Kindern 6mal von Erkältung herrührte. Neuerdings ist rheumatische Peritonitis durch die Arbeiten von Ganderon und Rehn namentlich als directe Folge auffälliger z. Th. den Unterleib speciell betreffender Erkältungen genauer geschildert worden. Peritonitis steht häufig mit Allgemeinerkrankung im Zusammenhange: mit pyämischen Zuständen der verschiedenartigsten Begründung, mit Variola, mit der Impfpocke (Bednar), mit Tuberculose, mit Scarlatina. Bei letzterer tritt sie auf der Höhe der Krankheit in eitriger Form auf, oder sie gehört der hydropischen Nacherkrankung an und entwickelt sich aus Ascites. Als secundäre Formen sind im engeren Sinne jene aufzufassen, die von Nabelerkrankungen, Hernien, inneren Incarcerationen, Perityphlitis oder sonstigen Perforationen des Magens

oder Darmes, Erkrankungen der Leber, der Mesenterialdrüsen u. s. w. ausgehen. Im späteren Kindesalter ist diese Krankheit bedeutend seltener als bei Säuglingen, und nach Rilliet und Barthez in den Hospitälern meist secundärer, in der Privatpraxis dagegen primärer Natur.

Symptome und Verlauf sind in hohem Grade abhängig von der Ausbreitung des Processes, der Natur des Exsudates und der speciellen Krankheitsform. Als constantestes und wichtigstes Symptom muss auch für das Kindesalter der Schmerz bezeichnet werden. Er verursacht die laute dauernde Klage älterer Kinder, das Schreien, Stöhnen, Wimmern der Säuglinge. Jede Körperbewegung, leise Berührung des Leibes, Druck der Finger, Percussionserschütterung der Bauchdecken steigert den Schmerz. Daher die unbewegliche Lage, die oberflächliche Athmung dieser Kranken. Umschriebener Schmerz an bestimmter Stelle beginnend kann für die Diagnose des Ursprungs der Peritonitis von Bedeutung sein. Der Unterleib wird durch Luftanhäufung im Darme frühzeitig aufgetrieben (Meteorismus). Ob Lähmung von Darm- und Bauch-Muskulatur, reichliche Gasentwickelung aus aufgestautem Darminhalt die einzigen Ursachen dieser Erscheinung darstellen, dürfte noch zu erweisen sein. Selten fehlt im Beginne, bei schweren Fällen auch im Verlaufe Erbrechen von Genossenem, Wasser, Schleim und Galle. Die Darmentleerungen sind meist angehalten, bis zu hartnäckiger ileusartiger Verstopfung, selten bei pyämischer Form oder bei Säuglingen diarrhoisch. Das peritonitische Exsudat lässt sich nachweisen wo es dünnflüssig, leicht beweglich ist an den untersten Theilen des Unterleibes in Form einer Dämpfung gleich der der Ascites-Flüssigkeit, bei dickflüssiger oder festerer Beschaffenheit als umschriebene Dämpfung oder tastbare knollige oder diffuse Härte, bei faserstoffiger Auflagerung bisweilen als tastbares seltener hörbares respiratorisches oder durch Verschiebung erzeugtes Reibegeräusch. Es ist bald ein wirkliches rauhes Knirschen, eine Art Neuledergeräuch, bald wie ein leises Anstreichen oder leises Schlürfen, das dem Vesiculärathmen ähnlich wird. Flüssiger Erguss kann sich beim Neugeborenen in den Sack der Scheidenhaut des Hodens senken. Der Harn ist spärlich, dunkel, indicanreich. Seine Entleerung kann Schmerz verursachen durch Verschiebung des Peritoneum's am Blasenscheitel.

Bauchfellentzündung ist eine fieberhafte Erkrankung. Bei den primären Formen lässt sich im Beginn rasches Ansteigen der Körper-

wärme unter dem Bilde des Frostes erkennen. Temperaturen über 39 bis 41° C. werden auf der Höhe oder auch schon im Beginne des Leidens erreicht. Bei der puerperalen Peritonitis Neugeborener scheint langsames Ansteigen des Fiebers die Regel zu bilden. Sonst sind die acutesten Fälle die andauernd oder in wiederholten Frösten hochfiebernden. Der Fieberverlauf ist regellos, der Abfall bei günstigem Verlaufe meist langsam, zögernd, Neigung zu Relapsen zurücklassend. Die Respiration ist beschleunigt und oberflächlich. Diffuse acute, namentlich auch traumatische P. bringt starke Kreislaufsströmungen mit sich, die sich wohl z. Th. aus dem Goltz'schen Klopfversuch erklären. Der Puls wird klein und frequent, die peripheren Theile erkalten und bekommen eingefallenes, cyanotisches Aussehen. Der Tod kann im Collaps bei hochgesteigerter oder bei sehr gesunkener Temperatur eintreten. —

Der Verlauf der P. bringt bei massigem Exsudat namentlich starke Behinderung der Athmung. In diesem Falle öffnen sich der Flüssigkeit im Kindesalter mit einer gewissen Leichtigkeit Bruchpforten. Beim Neugeborenen senkt sie sich in den Sack der Scheidenhaut des Hodens, später wölbt sich der Nabel zapfenförmig vor. Hier kommt es dann bei eitrigem Exsudat auffallend leicht zum Durchbruch, meist mit günstigem Verlaufe. Durchbruch in den Darm oder die Blase bringt schon grössere Gefahren: des Luftaustrittes, der Jauchung mit sich. In eingedicktem Exsudate können sich die Vorgänge der Verkäsung und der tuberculösen Infection entwickeln. Acute P. kann zum Tode oder zur Heilung führen oder sie kann in chronisch perinonitische Zustände übergehen.

Ausserdem ist aber durch eine sehr sorgfältige Arbeit von Galvagni das Vorkommen primär chronischer Peritonitis erwiesen und namentlich für das Kindesalter von Rehn bestätigt worden. Meist liegen Erkältungen zu Grunde, Mädchen werden mehr als Knaben betroffen. Der Verlauf ist sehr langgezogen, zeigt niederes Fieber, beträchtliche Verdauungsstörung und Abmagerung, Auftreibung des Leibes durch vorwiegend seröses Exsudat mit geringer Faserstoffbeimengung, Verminderung der Harn- und Schweissabsonderung während der Exsudation, Vermehrung während der Aufsaugung. Die meisten Fälle enden bei Ruhe, Diät, exspectativer, eher tonisirender Behandlung ohne Punction mit Heilung.

Die Diagnose acuter Peritonitis stützt sich vorzüglich auf den fieberhaften Charakter der Krankheit, bedeutenden, schnell entstehenden Collapsus, die eigenthümliche Lagerung und Respirations-

weise der Kranken, die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes und den Nachweis des Exsudates. Verwechselungen können hauptsächlich vorkommen mit Kolikanfällen, Ileus, acutem Magendarmkatarrh, Ascites. — Den ersteren gegenüber ist die meist secundäre oder metastatische Natur der Krankheit, die Höhe des Fiebers, besonders der Temperatur, die Steigerung des Schmerzes bei oberflächlichem Drucke und der Nachweis des Exsudates charakteristisch, letzterem fehlt der fieberhafte Charakter ganz, kommt ein chronischer Verlauf zu und liegen anderweitige Krankheiten bestimmter Art zu Grunde. — Immerhin genügt die Diagnose der Peritonitis keineswegs, sondern muss auch noch die Qualität des Exsudates und die Krankheitsursache soweit möglich ergründet werden, indem gerade von diesen beiden die Prognose wesentlich abhängig ist. Probepunction mittelst der Pravaz'schen Spritze giebt leicht und gefahrlos Aufschluss über die Beschaffenheit des Ergusses. Im Ganzen äusserst ungünstig, fällt die Prognose für die perforativen und septischen Formen bestimmt letal aus, und ist nur für die ganz partiellen Entzündungen, für die mit gutartigen Formen des Exsudates einigermassen günstig, ebenso für die primären Fälle. Bei älteren Kindern ist sie weniger schlimm als bei ganz kleinen.

Die Behandlung hat die Aufgabe, der Entzündung entgegen zu treten, das entzündete Organ in Ruhe zu versetzen und einzelne gefahrdrohende Erscheinungen zu bekämpfen. Von den antiphlogistischen Mitteln wird man die örtliche Blutentziehung vermittelst einiger Blutegel nur im Beginne, bei schon mehrjährigen und ausserdem kräftigen, vollsaftigen Kindern, bei stürmischem Gange der Entzündung in Anwendung bringen. Mindestens ebenso erfolgreich sind kalte Umschläge. Sie müssen oft gewechselt werden, dürfen nicht durch Schwere schmerzen und nicht durch Nässe belästigen. Eisbeutel dürfen nur schwach gefüllt werden, damit sie nicht drücken und sich flach anlegen. Sie können klein sein bei partieller Entzündung, in den übrigen Fällen müssen sie die ganze vordere Bauchwand bedecken. Sie sind für die Kranken wohlthätiger und haben namentlich einen weit günstigeren Einfluss auf den Gang der Krankheit, als die noch immer sehr gebräuchlichen Kataplasmen. Von der entzündungswidrigen Wirkung der Mercurialsalbe und des Kalomels habe ich mit der Zeit einen immer geringeren Begriff bekommen. Erstere mag man, soweit es geschehen kann, ohne Stomatitis zu erregen, immerhin anwenden, letzteres dürfte auf die septischen, mit Puerperalfieber zusammenhängenden Formen zu

beschränken sein. Die wirksamste Unterstützung erhält die Kaltwasserbehandlung durch gleichzeitige Anwendung des Opiums in zu leichter Narkose genügender Dose. Man vermindert dadurch die peristaltischen Bewegungen und stellt für Bildung von Verwachsungen, die die Ausbreitung der Erkrankung beschränken, günstige Bedingungen her. Für alle Fälle ist die Nahrung auf leicht resorbirbare Flüssigkeiten zu beschränken. Auch diese dürfen wie das Getränke nur in kleinen Mengen auf einmal gereicht werden. Wo das eingenommene Opium erbrochen wird, muss es in Klystieren gereicht oder durch subcutane Morphiuminjection ersetzt werden. Was die Behandlung einzelner Symptome anbelangt, so kann bei freier perforativer Peritonitis oder starkem Meteorismus die Punction mittelst eines feinen Troikarts versucht werden. Zuvor kann man bei letzterem Collodium-Bepinselung versuchen. Heftiges Erbrechen sucht man durch Eispillen, Senfteig in die Magengegend, Morphiuminjection zu stillen; frühzeitiger Collaps erfordert die Anwendung des Weines.

Bei günstig verlaufenden Fällen kann die Rückbildung des gesetzten Exsudates durch warme Bäder, Umschläge, je nach Umständen Abführmittel, Tonica, Jodpräparate innerlich gefördert werden. Man pflegt Jod- oder Quecksilbersalbe auf die Bauchdecken einreiben zu lassen.

Reichliche eitrige Exsudatansammlung kann die künstliche Entleerung erfordern. Marten hat z. B. einen solchen Fall mit Glück operirt.

III. Tuberculosis peritonaei.

L. Hemey: De la peritonite tuberculeuse. Thèse de Paris 1866.
Rilliet und Barthez Ed. II. Bd. III. p. 779.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde 1868. p. 333.
Ibd.: Klinik der Unterleibskrankheiten. III. Aufl. p. 700.
J. Kaulich: Klinische Beiträge zur Lehre von der Peritonealtuberculose. Prag. V.J.Schrift Bd. CX. S. 37.

Wie häufig die Tuberculose des Bauchfelles bei Kindern vorkommt, beweist schon der Umstand, dass Rilliet und Barthez ihre Beschreibung der Krankheit auf 86 eigene Fälle gründen konnten. Numerische Angaben über deren Häufigkeit im Kindesalter habe ich nicht aufzufinden vermocht, doch glaube ich, dass Henochs Aeusserung, dass sie im Alter von 4—10 Jahren am

Entschiedensten ausgeprägt sei, das bedeutet, was auch aus meinen Beobachtungen hervorgeht, dass die Fälle, in welchen diese Form selbständig ist, oder doch einige Bedeutung für das Krankheitsbild und den Verlauf gewinnt, in diesem Alter am Häufigsten vorkommen. Nach Bednar kommt sie schon vom 2. Lebensmonate an vor. Knaben werden häufiger betroffen als Mädchen (53 : 33 bei Rilliet und Barthez). Die Ursachen sind die gleichen, die der tuberculösen Erkrankung überhaupt zu Grunde liegen. Scrophulöse Anlage von Hause aus, mangelhafte Ernährung, Unreinlichkeit, verdorbene Athmungsluft, depressive gemüthliche Einwirkungen bilden die entfernteren Gründe, käsige Herde in Lungen, Lymphdrüsen, der Haut liefern das Material. Sie ist Theilglied allgemeiner miliarer Tuberculose, namentlich einer solchen, die die serösen Häute zum Hauptsitze hat und ist in diesem Falle von untergeordneter Bedeutung. Oder sie schliesst sich an käsige Herde benachbarter Organe an, im Kindesalter, wo der Urogenitalapparat davon noch wenig oder nicht befallen wird, hauptsächlich an solche des Darmes und der Mesenterialdrüsen, oder an eingedickte Reste eitrigen peritonitischen Exsudates. Die Lungenspitzen können zur Zeit des Beginnes dieser Erkrankung noch frei sein, aber sie bleiben es selten lange, ganz gewöhnlich werden sie früher oder später mit hereingezogen in den tuberculösen Process.

Die anatomischen Veränderungen können sich beschränken auf diejenigen Stellen der Serosa des Darmes, welche tuberculöse Geschwüre überziehen, in der Art, dass hier die getrübte und etwas hyperämische Membran mit eben sichtbaren, grauen Knötchen besetzt ist. Von da finden sich alle Uebergänge vor bis zu allgemeiner Verdickung, schieferiger Pigmentirung, chronischer Hyperämie des in allen seinen Theilen dicht mit Tuberkeln besetzten Peritonäums. In diesem Falle ist das seltenere Verhalten das, dass nur bandartige Adhäsionen, gleichfalls mit der Neubildung durchsetzt, zwischen den einzelnen Theilen sich entwickeln, das Netz schrumpft zu einem quergelagerten, knolligen Strange zusammen, und es finden sich daneben etwa noch eingedickte, eitrige oder käsige Exsudatreste an einzelnen Stellen die leicht Perforation benachbarter Organe bewirken. Crooke beschrieb die Perforation eines solchen Abscesses in eine Darmschlinge und zugleich durch den Nabel nach Aussen, so dass eine Kothfistel entstand. Bei der gewöhnlicheren Form verbreiteter tuberculöser Erkrankung des Bauchfelles findet neben den erwähnten Veränderungen reichliche Ausscheidung einer Flüssigkeit statt, die

von der rein serösen bis zur milchigen, eitrigen, blutigen die verschiedenste Beschaffenheit haben kann. Am Häufigsten ist sie zellenreich bis zu molkigem Aussehen und mit einzelnen Faserstoffflocken untermengt. In einem Falle von auffallend milchigem Aussehen derselben nahm Buignet die chemische Untersuchung vor; sie ergab 7,75 % feste Bestandtheile, darunter 0,34 Salze, 1,835 Fette, 5,33 Proteinsubstanzen. In einem meiner Fälle betrug das sp. Gew. der Flüssigkeit, die bei 5 Punctionen entleert wurde, 1012—1017. In den entzündlichen Veränderungen des Peritonäums, die die Tuberkelbildung begleiten, liegt viel Aehnlichkeit mit den analogen Vorgängen an der Pia mater. Der Ascites hier vertritt den Hydrocephalus dort. Bisweilen wird dieser Ascites durch Amyloidleber und Amyloidniere gesteigert. In einem meiner Fälle war die V. cava inf. an ihrer Eintrittsstelle in das For. quadrilaterum durch amyloid entartete Lymphdrüsen comprimirt.

Der Beginn der Erkrankung wird durch ausgesprochene Symptome der Scrophulose eingeleitet: Abmagerung, Auftreibung des Unterleibes, Blässe, Verstimmung, Wechsel von Durchfall und Verstopfung, Bronchialkatarrh. Es sind dies Zeichen der chronischen Entzündungen, die vorzüglich am Darme und den Lymphdrüsen die Infectionsheerde der Krankheit vorbereiten. Dann tritt Unterleibsschmerz auf, bald in acuterer Weise, heftig, mit Fieber, mit lebhafter, oberflächlicher Druckempfindlichkeit der Haut, bald leise, in einzelnen kolikartigen Anfällen, gegen Druck unempfindlich, bei Anfangs fieberlosem Verhalten. Später wölbt sich der Unterleib kugelig vor, flacht sich bei Rückenlage in der Mitte ab, Venennetze erscheinen an den Bauchdecken, die atrophisch und verdünnt genug sind, um die verstärkten peristaltischen Bewegungen durchscheinen zu lassen, welche häufig ausserdem durch gurgelnde Geräusche (petits cris bei Hemey) sich äussern. Man findet die Zeichen eines mehr oder weniger reichlichen, freien Flüssigkeitsergusses in die Bauchhöhle, ausserdem einzelne festsitzende oder bewegliche harte Stellen, die theils von abgesacktem eingedicktem Exsudat, theils von geschwollenen Mesenterialdrüsen herrühren. In einem Falle Henochs bildeten letztere eine kindskopfgrosse vor der Wirbelsäule liegende Geschwulst. Eine grössere, durch ihre Querlagerung und ihre knollige Beschaffenheit charakterisirte Geschwulst kann das zusammengerollte grosse Netz bilden. Von verschiedenen Seiten wird die Häufigkeit des peritonäalen Reibegeräusches hervorgehoben, besonders nach Punctionen fehlt dasselbe nicht leicht. Oft stellen sich

umschriebene, rothlaufartige Entzündungen in der Umgegend des Nabels ein, auf deren Vorkommen von Vallin besonderes Gewicht gelegt wurde. Im späteren Verlaufe ist ein remittirender Fieberzustand zu erwarten, die Abmagerung steigert sich, oft tritt Oedem der Füsse oder allgemeine Wassersucht hinzu. Der Erguss in den Peritonäalsack zeigt ein sehr schwankendes Verhalten; mit stärkerer Diarrhöe, Schweissen oder etwas Zunahme der sonst spärlichen Diurese nimmt er ab. Auch gegen Ende, wenn die Kranken stark collabiren, nimmt er ab. Entleerung desselben durch Perforation ist mehrmals beobachtet worden, so durch den Mastdarm (Henoch), durch den Nabel (Vallin). Die Dauer der Krankheit ist eine langwierige, über mehrere Monate, selbst Jahre sich ausdehnend, oft durch auffällige Besserung unterbrochen, die jedoch den tödtlichen Ausgang nicht abzuwenden vermag. Man kann Fälle unterscheiden die vorwiegend unter dem Bilde schmerzloser Bauchwassersucht mit Abmagerung und Anämie und andere die vorwiegend in Form von chronischer Peritonitis mit spärlichem fibrinösen oder fibrinöseitrigem Exsudate verlaufen und wesentlich Schmerzerscheinungen und intensive Digestionsstörungen verursachen. Beide Formen gehen vielfach in einander über.

Die Behandlung sei eine roborirende; namentlich das Eisenchlorid ist hier am Platze, Leberthran wird seltener ertragen der Diarrhöe halber, eher kann Jodeisen gegeben werden. Der Unterleibsschmerzen und der Diarrhöe halber sind Opiate, Klystiere von Argent. nitricum, Adstringentien zeitweise nothwendig. Sind die Schmerzen heftig, so erleichtern Kataplasmen während einiger Stunden des Tages. Gegen den Ascites zeigen sich diaphoretische Proceduren vortheilhaft; wo er zu heftige Beschwerden macht, ist die Punction angezeigt.

E. Krankheiten der Leber.

I. Icterus neonatorum.

G. Virchow: Gesammelte Abhandlungen p. 858.
E. Leyden: Beiträge zur Pathologie des Icterus. Berl. 1866 S. 17.
A. Brünniche: Ueber die pathologische Bedeutung der Gelbsucht bei Neugeborenen. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 34. S. 193.
Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten I. S. 198.
v. Bamberger: Unterleibskrankheiten. Ed. II. S. 480.
E. Neumann: Ueber das häufige Vorkommen von Bilirubinkrystallen im Blute der Neugeborenen und todtfauler Früchte. Arch. d. Heilk. IX. S. 40.

F. A. Kehrer: Studien über den Icterus neonatorum. Oestr. Jahrb. f. Paediatr. 1871. S. 71.
L. Dreyfus-Brisac: De l'ictère hépatique. Par. 1878.

Verschliessung der Gallenwege, vorzüglich des gemeinsamen Gallenganges führt zum Uebertritte der Gallenbestandtheile in die Lymphgefässe der Leber, in das Blut und zur Gelbfärbung der Gewebe des Körpers. Dieses Gelb ist ein helles und lebhaftes oder bei sehr intensiver Färbung etwas ins Grüne gehendes Colorit. Der Harn enthält Bilifulvin und giebt die Gmelin'sche Reaction mit rauchender Salpetersäure, wird durch viele oxydirende Stoffe namentlich Jod-Jodkaliumlösung, dann Essigsäure, Kal. hypermangan. grün gefärbt, enthält Gallensäuren, die sich im Chloroformauszug durch die Pettenkofer'sche Probe nachweisen lassen. Der Chloroformauszug ist von hellgelber Farbe. Mit etwas Kalilauge übergossen und erwärmt färbt er sich beim Erkalten grün. Solcher Harn enthält stets Cylinder. Bei dieser hepatogenen Form der Gelbsucht sind die Fäces entfärbt oder doch wenig gallig gefärbt, Hautjucken ist eine gewöhnliche Plage der Kranken, hie und da kommt es zu Gelbsehen oder zu cholämischen Anfällen.

Hämatagoner Icterus (Urobilinicterus) entsteht bei Aufsaugung veränderten Blutfarbstoffes aus grösseren Extravasaten (Pneumonie, Infarkt), bei einzelnen Parenchymerkrankungen der Leber, so der Cirrhose, bei Bleikolik. Die Haut hat dabei ein mehr braunes oder graugelbes, schmutzig gelbes Aussehen, der Harn hat geringere Färbekraft, die Gmelin'sche und Pettenkofer'sche Probe geben negatives Resultat, dagegen lässt der Harn, noch deutlicher der braunrothe Chloroformauszug mit Chlorzink und Ammoniak versetzt deutliche grüngelbe Fluorescenz erkennen (Jaffé). Hautjucken und Cylinder im Harn kommen nicht vor, der Stuhl behält seine gallige Färbung bei. Schüttet man über den Chloroformauszug etwas Kalilauge und erwärmt bis zum Sieden, setzt dann Wasser zu, so färbt sich die alkalische Flüssigkeit pfirsichroth.

In dieser Weise lassen sich zwei Hauptarten der Gelbsucht bestimmt unterscheiden, die ziemlich genau dem schon länger unterschiedenen hepatogenen und hämatogenen Icterus entsprechen. Ausserdem finden sich noch zwei seltenere Formen von untergeordneter Bedeutung vor: eine Mischform, bei der der Harn sowohl Bilifulvin als auch Urobilin enthält. Dieses Verhalten findet man z. B. am Schlusse von fast jedem gewöhnlichen Icterus catarrhalis vor. Der Harn giebt sowohl bei der Gmelin'schen als auch bei der Probe

von Jaffé mit Chlorzink und Ammoniak ein positives Resultat. Namentlich lässt sich dieses Verhalten leicht an dem Chloroformauszuge mit Kalilauge nachweisen.

Endlich findet man manchmal in Fällen, die das Aussehen eines leichteren Urobilinicterus haben, im Harn weder die eine noch die andere Reaction. Der Aether- und Chloroformauszug beibt farblos, lässt jedoch bei langsamem Verdunsten einen rothen Rückstand von den Reactionen des Urobilins. Solcher Harn dunkelt beim Stehen stark nach. Ich habe dieses Verhalten namentlich einigemale bei Herzkranken getroffen und glaube dass man solche Fälle passender Weise als Chromogenicterus bezeichnen wird.

Nach den ausführlichen statistischen Untersuchungen von Kehrer werden etwa 68 % der Neugeborenen von Gelbsucht betroffen und zwar Knaben, Frühgeborene, Kinder die in Beckenendlagen geboren werden etwas Weniges häufiger als andere. Die Gelbsucht folgt unmittelbar auf das ńach der Geburt sich einstellende Erythem der Haut, betrifft die Conjunctiva mit, lässt aber den Koth gallig gefärbt. Im Harn ist kein Bilifulvin nachweisbar.

In der grossen Mehrzahl der Fälle tritt diese Gelbsucht am 2. oder 3. Tage ein und verschwindet bereits wieder vor Ende der ersten Lebenswoche. Die Gelbfärbung der Haut ist verschieden intensiv, meist nicht sehr dunkel. Man hat öfter beobachtet, dass die Conjunctiva des einen Auges bedeutend intensiver gelb gefärbt war als die des anderen und man hat mitunter geglaubt diese Erfahrung in Beziehung bringen zu können mit Ecchymosenbildung an der Conjunctiva.

Nach der oben gegebenen Auseinandersetzung der Charakteristik verschiedener Icterusformen muss man annehmen, dass der Icterus der Neugeborenen, wie dies früher schon einmal von Virchow angenommen wurde, hämatogener Entstehung sei, da die Fäces gefärbt bleiben und der Urin kein Bilifulvin, sondern Urobilin enthält. Das Hauterythem, die Aenderungen, die die Lebercirculation erleidet, dürften die Ursachen darstellen. Die Beobachtung ungleich icterischer Färbung der Conjunctiven im Zusammenhang mit Ecchymosenbildung an den Conjunctiven wird von diesem Standpunkte aus leicht erklärlich. Es sind physiologische Vorgänge, Hauterythem mit capillaren Extravasaten, Aenderungen der Lebercirculation, aus denen sich die Diffusion veränderten Blutfarbstoffes in den Geweben entwickelt. Darnach begreift sich auch leicht, dass dieser Zustand

zum Sterben Neugeborener nicht beiträgt, keinerlei Gefahren mit sich bringt, somit auch keinerlei Therapie erfordert.

Hie und da finden sich bei Neugeborenen schwerere Formen von Gelbsucht vor, verursacht durch Catarrh des Ductus choledochus, durch Obliteration des Ductus choledochus oder hepaticus, durch pyämische Zustände. Man wird die ersteren beiden Formen leicht erkennen können an der Entfärbung der Fäces und dem Bilifulvingehalte des Harnes, die letzteren aus Veränderungen am Nabel und Fieberbewegung. —

II. Icterus catarrhalis.

E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berlin 1868. p. 340.
H. Rehn: Eine Icterus-Epidemie. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. III. p. 197.
J. Boudon: Des diverses espèces de colique hépatiques. Thèse de Paris 1865.
Lewin: Studien über Phosphorvergiftung. Virch. Arch. Bd. 21. p. 306.
F. Schulz: Ueber Icterus catarrhalis. Diss. inaug. Würzb. 1879.

Unter den Arten der Gelbsucht, die im Kindesalter vorkommen, ist unzweifelhaft die durch gastroduodenalen Katarrh erregte am Häufigsten. Sie ist begründet durch einen Schleimpfropf, der an der engsten Stelle des Ductus zunächst der Mündung dessen Wänden fest anhaftet. Die Gallenwege sind stark ausgedehnt, besonders die Blase, die Leber ist geschwellt und gallig durchtränkt. Wirkt der Druck der erweiterten Gallenwege länger auf die Leber ein, so verkleinert sie sich, während diese spindelförmige und sackartige Erweiterungen erfahren und an diesen Stellen katarrhalisch erkranken. Der Darminhalt ist weiss, hellgelb oder hellgrau.

Vom 2. Lebensjahre an vertheilen sich die Erkrankungen ziemlich gleichmässig über das Kindesalter. In manchen Epidemieen, wie deren Rehn für Hanau (Herbst 1868) eine beschrieb, werden mehr Kinder befallen als Erwachsene, bei sporadischem Auftreten findet das umgekehrte Verhalten Statt. Die sporadischen Erkrankungen lassen sich ziemlich regelmässig auf Erkältungen oder Genuss verdorbener, unverdaulicher oder sonst schädlicher Nahrungsmittel zurückführen. Der vielfach angenommene Einfluss von Gemüthsbewegungen lässt sich nicht ganz in Abrede stellen. Sie kommen in jeder Jahreszeit vor, am meisten in heissen Sommern, dies wegen der Verderbniss der Nahrungsmittel und des Trinkwassers. — Den Beginn bilden die gastrischen Erscheinungen in verschieden starker Entwickelung: Uebelsein, Erbrechen, Magen-

drücken, Verlust des Appetites, bitterer Geschmack im Munde, geringe oder bis zum Frost gesteigerte mehrtägige Fieberbewegung. Durch Uebergang des Katarrhes auf den Darmkanal kann in den ersten Tagen Diarrhöe hinzutreten. Einige, meist 3—8 Tage nach Beginn der Erkrankung tritt Icterus hinzu, der sich als hepatogener durch Entfärbung der Stühle, durch nach der von Neukomm modificirten Pettenkofer'schen Probe nachweisbaren Gallensäuregehalt des Harnes zu erkennen gibt. Der Harn enthält reichlich und von Anfang an einzig gewöhnlichen Gallenfarbstoff, der mit Salpetersäure sich grün, blau, violett färbt, ebenso durch Jodtinctur, Essigsäure u. dergl. grün gefärbt wird. Dieser Harn enthält regelmässig Cylinder, bisweilen Eiweiss. Gegen Ende der Krankheit erscheint neben dem Bilifulvin, dann anstatt desselben Urobilin im Harn. Auf der Höhe der Krankheit enthält der Harn stets Cylinder (Nothnagel). Von den durch Einwirkung der Gallensäure auf die Nerven erzengten Erscheinungen finden sich das Hautjucken und die Pulsverlangsamung nur sehr inconstant. Letztere, von den Ganglien im Herzfleische aus hervorgerufen (Röhrig), wurde von Henoch sogar in allen seinen Fällen vermisst, wogegen Rehn ihr Vorkommen einigemale nachweisen konnte. Der Gallenmangel im Darme findet seinen Ausdruck in harter, entfärbter, spärlicher Stuhlentleerung, Widerwillen gegen feste Speisen, Abmagerung, soferne nicht ausnahmsweise erhaltener Appetit reichliche Nahrungsaufnahme gestattet. Die Stauung der Galle in den Gallenwegen bewirkt Vergrösserung der Leberdämpfung, nach etwaiger Dauer von einigen Wochen Verkleinerung derselben, ausserdem manchmal am unteren Rande der Leberdämpfung, entsprechend der Incisura pro vesica fellea, eine dem Grunde der ausgedehnten Gallenblase entsprechende Dämpfung, oder selbst tastbare oder sichtbare Geschwulst. Zur Zeit des Icterus sind die Kranken schmerzfrei, fieberlos oder haben selbst subnormale Temperatur. Die Dauer schwankt zwischen einigen Tagen und Monaten, beträgt im Mittel 2—4 Wochen. Der ganz gewöhnliche Ausgang ist der in Heilung. Als ungünstiger Ausgang ist zu erwähnen: Gallencolliquation des Lebergewebes, eine der Formen acuter, gelber Leberatrophie, für das Kindesalter die einzige gut erklärbare, erkennbar durch schwere Nervenerscheinungen, Blutungen, Leberschmerzen, Verfall der Kranken und speciell durch die fast von Stunde zu Stunde sich verkleinernde Leberdämpfung. Als Nachkrankheit werden beobachtet: Erweite-

rung und Katarrh der Gallenwege innerhalb der Leber, andauernde Verdauungsstörung.

Die Behandlung des Magenkatarrhes findet ihre Erledigung durch Anwendung von Säuren, Pepsin, Rheum, Bitterstoffen, Brausemischungen, ferner durch ein sorgfältiges diätisches Verhalten.

Die Wiedereröffnung des katarrhalisch verschlossenen Choledochus kann erzielt werden:

1) Durch Anwendung von Säuren (Chlorwasser, Siebert, Königswasser, Henoch, Citronensaft u. s. w.), die durch einen besonderen Reflexmechanismus von der Papille der Choledochusmündung aus kräftige Contraction der Gallenblase hervorrufen.
2) Durch alkalische Mineralwasser, die die Gallenabsonderung steigern und so gleichfalls auf Austreibung des Pfropfes hinwirken.
3) Durch Brechmittel, weil beim Brechacte Leber und Inhalt der Gallengänge unter stärkeren Druck versetzt werden.
4) Bei schlaffen Bauchdecken und fühlbarer Gallenblase lässt sich das gleiche Ziel leichter erreichen durch Druck, indem man dieselbe zwischen Daumen und die beiden folgenden Finger fasst oder gegen die hintere Bauchwand drängt. Gelingt dieses Verfahren, so fühlt man sofort die Geschwulst unter den Fingern collabiren und am folgenden Tage erscheint gefärbter Stuhl.
5) Wo directe Compression unmöglich ist, tritt die Faradisation der Gallenblase an ihre Stelle, indem man eine Elektrode in der Gegend der Incisura pro vesica, die andere gegenüber an der hinteren Bauchwand ansetzt. Ich habe ausser baldigem Erscheinen gefärbter Stühle und Verschwinden der zuvor percutirten Gallenblasendämpfung einige Male auffällige Mengen blassen Harnes sofort nach der Sitzung entleeren sehen.

Als besondere Begründungsweisen der Gelbsucht bei Kindern sind noch anzuführen:

1) Das Eindringen von Spulwürmern in den gemeinsamen Gallengang erregt Kolik wie Gallensteine, möglicherweise auch Convulsionen (Fälle von Lieutaud u. A., gesammelt bei Boudon),
2) Koprostase mit Compression der grossen Gallenwege durch das überfüllte Kolon erklärt rasche Heilungen Icteruskranker durch Abführmittel.

3) Phosphorvergiftung, ausgezeichnet durch Verfettung der vergrösserten Leber, des Herzens und der Niere, bewirkt Gelbsucht durch Katarrh der feinen Lebergallengänge. Bei Lewin wird ein Kind von $2^1/_2$ Jahren nach Shepard aufgeführt, in der jenaer Dissertation von F. Starke eines von 17 Monaten, die beide durch 8 Streichholzkuppen getödtet wurden. Antidot: Kupfervitriol, dann Cuprum aceticum (v. Bamberger). Auch Oleum terebinthinae wird gerühmt.

4) Fluxionäre Hyperämieen der Leber können Gelbsucht verursachen. So ist es wohl zu verstehen, wenn Ringer bei einem 8jährigen Knaben jedesmal in der Kälte Gelbsucht eintreten sah. Analogieen finden sich in der jedesmal mit der Menstruation auftretenden Form (Senator) und in manchen Fällen von Basedow'scher Krankheit mit vorübergehender, fluxionärer Gelbsucht.

III. Narbiger Verschluss der Gallenwege und Peripylephlebitis syphilitica.

Campbell: Northern Journ. of. Med. 1844, cit. bei Frerichs. (Mir nicht zugänglich.)

C. Binz: Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus der Neugeborenen aus Obliteration der Gallenwege. Virch. Arch. Bd. XXXV. p. 360.

M. Roth: Virchow's Archiv Bd. XLIII. p. 296.

Schüppel: Ueber Peripylephlebitis bei Neugeborenen. Arch. d. Heilkunde XI. 74.

Cursham G.: Lond. med. gaz. Vol. 26. S. 238. Schmidt's Jahrb. XXXV. S. 297.

Freund: Ein Fall von congenitaler interstitieller Hepatitis und mit Anomalie der Gallenausführungsgänge. J. f. K. IX. S. 178.

C. Hennig: Schrumpfung und Verschluss der Gallenwege. Jahrb. f. K. IX. S. 406.

K. Lotze: Ein Fall von tödtlichem Icterus in Folge von congenitalem Defecte der Gallenausführungsgänge. Berl. kl. Wochenschrift 1876. 30. wurde 8 Mon. alt. D. hepat. und cyst. verschlossen, Lues.

Durch Entzündung und Schrumpfung des Bindegewebes des Lig. hepato-duodenale, weiterhin der Fossa transversa, der Glisson'schen Kapsel kann Verengerung und Verschliessung der Gallenwege bewirkt werden, die unter Umständen die Pfortader oder deren Aeste in der Leber mitbetrifft. Die schönen Beobachtungen von Schüppel zeigen, dass solche Verdickungen und Schrumpfungen des portalen Bindegewebes auf syphilitischer Neubildung, auf Syphilis heriditaris

beruhen können. Der Vergleich der früheren Fälle von Binz, Roth u. A. lässt auch diese sehr wahrscheinlich durch Syphilis begründet sein. Die Verschliessung kann mit zur Welt gebracht werden: dies muss man annehmen, wenn Gelbsucht und völlige Entfärbung der Stühle von Geburt an besteht (Fall von Romberg und Henoch); oder sie entsteht während oder kurze Zeit nach der Geburt: dies scheint in den meisten von Binz gesammelten Fällen stattgehabt zu haben. Von besonderem Interesse sind zwei von Binz selbst beobachtete Fälle, die auf einander folgende Kinder einer Mutter betreffen. Die Obliteration betrifft auf grössere oder geringere Strecken den D. choledochus allein (Fall von Donop), oder Duct. cysticus, hepaticus, Gallenblase und Lebergallengänge mit. Einmal fand sich — ein sichtliches Zeichen des frisch erfolgten Verschlusses — die Gallenblase strotzend mit Galle gefüllt, trotz Obliteration aller drei grossen Gallengänge. In diesen frischen Fällen wird die Leber als gross oder als nicht verändert bezeichnet, in dem länger bestehenden von Romberg und Henoch als verkleinert.

Die Symptome bestehen in angeborener oder 1—3 Tage nach der Geburt entstehender intensiver Gelbsucht und völliger Entfärbung des Fäces. Der Leib ist aufgetrieben, die Leber meist leicht vergrössert, unschmerzhaft, weder an ihr noch am Nabel eine Veränderung vorhanden, die den Eintritt der Gelbsucht motivirt. Aeussere Zeichen deuteten einigemale auf Fieberbewegung hin; Binz hält dieselbe für nothwendig, doch ist sie durch keine Temperaturbeobachtung erwiesen. Wird zugleich die Pfortader oder ihr Gebiet verengt, so treten Erbrechen, Darmblutung ein. Mehrmals wurden Milzschwellung und Ascites nachgewiesen, einmal Oedem der Genitalien und des Mons veneris. Die Lebensdauer betrug einen Tag bis 8 Monate. Dem Ende gehen Sopor und Convulsionen voraus, wie sich dies von der Einwirkung der im Blute angehäuften Gallensäuren auf das Nervengewebe erwarten lässt. Alle beobachteten Fälle starben; aus theoretischen Gründen hat man den Gebrauch des Jodkaliums empfohlen.

IV. Amyloidentartung.

Steiner und Neureutter: Die amyloide Entartung der Leber im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. VIII. p. 47.

Pilz: Ein Fall von verbreiteter, hochgradiger amyloider Degeneration, be-

sonders der Leber, bei einem dreizehnjährigen Kinde. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. III. 29.
C. Hoffmann: Ueber die Aetiologie und Ausbreitung der amyloiden Entartung. Diss. Berl. 1868.
E. Kyber: Weitere Untersuchungen über die amyloide Degeneration. Virch. Arch. Bd. 81. S. 1.

Gleichmässige Vergrösserung in allen Durchmessern, Zunahme an Härte, graurothe Färbung mit Wachsglanz des Schnittes, geringe Blutfülle der Gefässe, wenig dünner Inhalt in der Gallenblase sind die gewöhnlichen äusseren Kennzeichen, welche der Amyloidentartung der feinen Gefässe und der Zellen der Leber entsprechen. Dünne Schnitte sind durchscheinend und geben gewässert und mit Jod und Schwefelsäure behandelt eine rothe, violette oder blaue Färbung (Virchow'sche Reaction) und färben sich mit Anilin violett an den entarteten Stellen leuchtend roth (Jürgens). Die Massenzunahme der Leber kann ihren Ausdruck in einem Gewichte von 3—4 Kgrm. finden. Man findet regelmässig eines oder mehrere andere Organe mitentartet: Milz, Niere, Darmschleimhaut, Lymphdrüsen. Die veranlassenden Krankheiten sind: Scrophulose, Tuberculose, verkäsende Entzündungen der Knochen, der Lymphdrüsen, der Lunge, Syphilis, Rachitis, chronische Eiterungen der Haut, der Schleimhäute, oder in Muskeln, Bindegewebe, serören Säcken. Dahin gehören die Fälle bei eiternden Ekzemen des Kopfes, chronischer Dysenterie, Pleuritis. Unter den Erkrankten überwiegen die Knaben und das Alter jenseits des 5. Lebensjahres, doch ist die Amyloidentartung schon mehrmals im 1. Lebensjahre, einmal im 2. Lebensjahre beobachtet worden.

Die Erkrankung verläuft chronisch, bewirkt nie Fiebererregung, wohl aber trifft sie zusammen mit tiefgreifenden Ernährungsstörungen, namentlich Hydrämie, die sie ihrerseits wesentlich zu steigern vermag. Die Kranken bekommen blasses, wachsartig durchscheinendes Aussehen, magern um so mehr ab, je tiefer die Resorption vom Darme aus durch die Amyloidentartung von dessen Zotten gestört ist und erkranken in dem Masse an Wassersucht, in dem die Nieren entartet sind. Die Leber selbst lässt sich durch die stärkere Ausdehnung der rechten hypochondrischen, oder der ganzen Oberbauchgegend, durch die Palpation und Percussion als vergrössert erkennen. Sie bildet eine harte, glatte, regelmässig geformte, bis zum Nabel oder bis zum Darmkamme reichende stumpfrandige Geschwulst. Die Wölbung des Unterleibes wird noch ver-

mehrt durch selten ganz fehlenden Ascites, gleichzeitige analoge Entartung der Milz und durch Gasauftreibung des Darmes in Folge unregelmässiger Verdauung. Die Verminderung der Gallenabsonderung giebt sich durch blassere, wenn auch nicht gallenlose Färbung der Stühle zu erkennen, denen ausserdem sehr übler Geruch und diarrhöische Beschaffenheit, letzteres wegen der verminderten Resorption am entarteten Darme, zukommt.

Die Amyloidentartung an und für sich ist als heilbar und, wenn frühzeitig behandelt, ungefährlich zu betrachten. Der Umstand, dass die Grundkrankheiten oft zum tödtlichen Ende führen, hat die Amyloidentartung in den ungerechtfertigten Ruf der Unheilbarkeit gebracht. Die erste Indication ist die, diesen Quellen der Amyloidbildung die sorgfältigste Behandlung zu widmen, um sie zum Versiegen zu bringen, die zweite die sorgfältigste und günstigste Regelung von Ernährung, Pflege und Diät im weiteren Sinne, die dritte gilt den einzelnen Symptomen. So wird man der Diarrhöe Verdauung fördernde Mittel: Bitterstoffe, Pepsin, Salzsäure entgegensetzen, oder Styptica, den Hydrops durch Schwitzbäder behandeln u. s. w., hauptsächlich aber die Anämie durch Eisenpräparate und die Dyskrasie durch Jod.

V. Fettleber.

C. G. Gabler: Ueber die Fettleber der Phthisiker. Diss. Berl. 1868.
Kölliker: Einige Bemerkungen über das Vorkommen einer physiologischen Fettleber bei jungen Säugethieren. Verhandl. d. Würzb. phys.-med. Gesellsch. VII. 179.
Steiner und Neureutter: Die fettige und amyloide Entartung der Leber im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. VII. III. p. 1.
Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten I. p. 285.
J. Betz: Ein Beitrag zur Lehre v. d. fettigen Leberhypertrophie im Kindesalter. Memorab. 1876. 9.

Die Fettinfiltration der Leberzellen bewirkt Vergrösserung des Organes bei wenig vermehrter Dicke, Verdünnung der zugeschärften Ränder, blasse glatte Beschaffenheit der Oberfläche, blasse gelbliche Färbung des Schnittes, Blutarmuth der Gefässe, spärliche Gallenabsonderung. Mikroskopisch finden sich Körnchen, Tröpfchen, ganze Tropfen Fett in den Zellen, in dem höchsten Grade der Krankheit füllt ein starkglänzender Tropfen die Zelle so an, dass er Membran und Kern unkenntlich macht. Die Fetteinlagerung kann erst in der Nähe der Interlobulargefässe begonnen

oder schon bis zu den Venae centrales locular. vorgedrungen sein. Im ersteren Falle hat man ein ungleich gefärbtes, muskatnussartiges Aussehen des Schnittes, im zweiten gleichmässig gelbliche Färbung.

Ein gewisser Grad von Fettleber ist im Säuglingsalter als physiologische Erscheinung zu betrachten, die fettreiche Milchnahrung bildet wohl den Grund davon. Die Disposition erhält sich während der nächsten Jahre, so dass die meisten Fälle von Fettleber im Kindesalter unterhalb des 4. Jahres vorkommen. Das Geschlecht bedingt keinen bedeutenden Unterschied, doch überwiegt auch schon bei Kindern etwas das weibliche Geschlecht (6 : 5 bei Steiner und Neureutter). Als Grundkrankheiten finden sich vor Allem Scrophulose und Tuberculose, dann Rachitis, Pyämie, Syphilis, chronischer Darmkatarrh und alle mit Abzehrung einhergehenden Erkrankungen.

Die Erkennung der Fettleber lehnt sich zunächst an die ursächlichen Momente, Fett-, Stärke- oder bei Erwachsenen Alkoholreicher Nahrungs- oder Genussmittel, oder abzehrender Krankheiten an, sodann gründet sie sich auf den Nachweis bedeutender Vergrösserung der Leber bei weicher, glatter, gegen den Rand zu dünner Beschaffenheit derselben. Milz und Niere sind nicht miterkrankt. Als häufige Folge einer mässigen Behinderung der Pfortadercirculation durch Druck des Parenchyms auf die Gefässe finden sich chronische Diarrhöen vor (Legendre, Rilliet und Barthez). Auf die fettige Oberfläche und leicht gelbliche oder bräunliche Färbung der Haut, die in einzelnen Fällen erwähnt wird, ist wenig allgemeiner Werth zu legen.

Die Fettinfiltration hat keine eigene Prognose. Auch ihre Therapie kann zur Zeit nur auf die ursächlichen Krankheiten gerichtet sein.

Die Fettdegeneration der Leberzellen findet sich bei hochfieberhaften Krankheiten, bei Phosphor- und Arsenvergiftung, Gallendurchtränkung des Lebergewebes, bei der fettigen Degeneration der Neugeborenen. Jederzeit sind zugleich Herzfleisch und Nieren fettig entartet. Die Leber ist vergrössert, später verkleinert; es entsteht Gelbsucht; an den serösen Häuten, Schleimhäuten, den Muskeln und dem Unterhautbindegewebe finden sich meist capilläre Blutaustritte.

VI. Hepatitis syphilitica.

Gubler: Affection der Leber als Symptom der ererbten Syphilis bei Neugeborenen. Gaz. de Par. 1852. Nr. 17—23. Schmidts Jahrb. Bd. 76. p. 48.
E. Wagner: Das Syphilom der Digestionsorgane. Arch. der Heilk. IV. p. 430.
Schott: Veränderungen der inneren Organe bei Syphilis hereditaria. Jahrb. für Kinderheilk. IV. p. 224.
A. Förster: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Syphilis des Neugeborenen. Würzb. med. Zeitschrift IV. p. 10.
v. Bärensprung: Die hereditäre Syphilis. Berl. 1864.
S. Wilks: Syphilitic cirrhosis of liver from an infant. Transact. of the path. soc. XVII. p. 167.

Die syphilitische Lebererkrankung wird fast nur bei Säuglingen, meistens bei Neugeborenen getroffen. Sie entsteht nachweislich im Fötalleben, wird schon bei 7- und 8monatlichen abgestorbenen Früchten getroffen und kann auch in den genauer untersuchten Fällen von Kindern, die ausgetragen wurden und ein Alter von einem Monat und darüber erreichten, als von Geburt an bestehend, also in utero entstanden, nachgewiesen werden.

Aus den zahlreichen Beobachtungen v. Bärensprung's geht wenigstens hervor, dass sie überwiegend bei vom Vater her übertragener Syphilis sich findet, ob ganz ausschliesslich? wird noch zu erweisen sein. Die anatomischen Veränderungen sind so wenig wie beim Erwachsenen einfacher Art, allein sie sind von diesen wesentlich verschieden. Die beiden gewöhnlichsten Formen sind offenbar die von Gubler (1852) beschriebenen und als allgemeine und partielle Entartung bezeichneten.

Bei der ersteren ist das Organ bedeutend und in allen Durchmessern vergrössert. S. Wilks hat neuerdings einen Fall beschrieben, in dem die Leber des 4wöchentlichen Kindes 1½ ℔ wog. Das Gewebe ist hart, elastisch, glänzend, von blasser Farbe, die Gubler mit der der Feuersteine, Trousseau, mit der des Sohlenleders vergleicht. Die Zeichnung der Acini ist verwischt, nur die grösseren Gefässe und Gallenwege sind auf dem Schnitte erkennbar. Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine reichliche, kleinzellige, diffuse Wucherung des interacinösen Bindegewebes, besonders jener Züge, die die Pfortaderäste und Gallenwege begleiten und Atrophie der Leberzellen. 2) Die partielle Form Gubler's, die sich auch unter den Fällen von Bärensprung reichlich vertreten findet,

zeigt geringere Vergrösserung der Leber, einzelne Theile derselben von normalem Gefüge, andere von härterer Beschaffenheit, diese letzteren oft von getrübtem, entzündetem Peritonäum überdeckt, hart, gelblich und braunroth gefleckt, ohne Zeichnung der Acini, dagegen mit zahlreichen eben sichtbaren bis stecknadelkopfgrossen, weisslichen Punkten durchsetzt. Diese bestehen an frischeren Punkten aus reichlicherer Wucherung des interacinösen Bindegewebes, an älteren aus fettigem Detritus. 3) Von Förster, Testelin werden erwähnt, von Bärensprung sehr schön abgebildete rothumsäumte, innen grauröthliche bis weisse, harte, bis wallnussgrosse Knoten, die meist in Mehrzahl im Lebergewebe zerstreut liegen: Gummata der Leber. 4) Bald mit der 2. und 3. Form zusammen, bald isolirt findet sich eine eitrig-faserstoffige oder überwiegend plastische von da auf die Nachbarschaft übergreifende Peritonitis des Leberüberzuges. 5) Peripylephlebitis syphilitica (vergl. S. 520).

Unter den Zeichen, die diesen anatomischen Veränderungen entsprechen, ist das einzige ziemlich constante die Zunahme der Leber an Grösse und Härte. Sie reicht ganz gewöhnlich bis zum Nabel, kann mit Leichtigkeit getastet werden und verleiht der Oberbauchgegend eine vermehrte Wölbung. Die übrigen Symptome können sich in folgenden drei Richtungen entwickeln. Bei vorwiegender Perihepatitis ist die Lebergegend schmerzhaft bei Druck und kann ein respiratorisches Reibegeräusch gehört oder leichter gefühlt werden. Ich habe kürzlich ein solches gerade unter dem Processus xiphoideus fühlbar demonstriren können. Werden die Lebergallengänge verengt, so tritt Gelbsucht auf, die übrigens bei syphilitischen Neugeborenen nicht viel häufiger ist, als bei anderen. Mit dieser dürfte auch die etwas häufiger beschriebene Bildung vielfacher Ekchymosen an der Haut im Zusammenhange stehen. Endlich, werden die Pfortaderäste comprimirt, so sind Milzschwellung, Diarrhöe, Erbrechen, Ascites (einmal bei v. Bärensprung erwähnt), die nothwendige Folge. — Die Prognose ist schlecht, Heilungsfälle sind bis jetzt kaum mit Sicherheit nachzuweisen, die Lebensdauer erstreckt sich bis zu höchstens 6 Wochen. Dennoch wird man in jedem gegebenen Falle versuchen, durch Anwendung von Sublimatbädern, Jodkalium innerlich oder Schmiercur gegen die Krankheit anzukämpfen. Wenigstens für die gummöse und perihepatitische Form muss man die Heilbarkeit von vorne herein annehmen und einzelne Befunde von oberflächlichen Narben an der Leber Neugeborener dienen dieser Annahme zur Stütze.

VII. Acute gelbe Leberatrophie und Icterus typhoides.

Horaczek: gallige Dyskrasie mit acuter gelber Atrophie der Leber. Wien 1844. Fall 37 und 38.

Loeschner: Ueber acute gelbe Leberatrophie und Cirrhose der Leber bei Kindern. Oestr. Zeitschrift f. Kinderheilk. 1856. I. 8 und 9. Schmidt Jahrb. 91. S. 204.

L. M. Politzer: Fall einer partiellen acuten Leberatrophie bei einem Neugeborenen. id. ibid. Bd. VII Hpt. 4 S. 60, ibid. Bd. II. S. 42. Jahrb. f. Kinderheilk. 1860 Bd. III. S. 40.

C. Hilton Fagge: Acute yellow atrophy of the liver. Transact. of the path. soc. XX. 212. V. u. H. Jahresber. 1870. S. 165.

Steiner: Ein Beitrag zur ac. Atrophie der Leber aus Fettdegeneration. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. IV. 428.

H. Rehn: Acute Leberatrophie bei einem Kind von 2½ Jahren. Berl. klin. Wochenschrift 1875 Nr. 47.

Es ist schwer zu sagen, ob diese Erkrankung, die ja überhaupt zu der seltensten gehört, im Kindesalter noch seltener sei als bei Erwachsenen. Wenn Löschner angiebt unter 1200 Kindern viermal acute gelbe Leberatrophie beobachtet zu haben, so müsste man darnach jene Frage verneinen. Doch könnte es sich dabei um vereinzelte Vorkommnisse oder locale Verhältnisse handeln. Aus der Literatur habe ich 12 Fälle sammeln können. Sie betreffen zu gleichen Hälften Knaben und Mädchen, zeigen also kein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes. Die Ursachen die diese Präponderanz bei Erwachsenen bedingen (Schwangerschaft, Abortus) spielen eben im Kindesalter noch nicht mit. Das Alter zur Zeit der Erkrankung schwankt zwischen fünf Tagen und 10 Jahren, doch so dass die Hälfte der Fälle das dritte Lebensjahr noch nicht beendet hat. Eigentliche Ursachen waren nirgends nachweisbar.

Die Symptome begannen bei Sämmtlichen mit Verdauungsstörungen und Gelbsucht, die oft längere Zeit bis zu zwei Wochen dem eigentlichen Krankheitsbeginn vorausging. Vereinzelt wurde in diesem Zeitraume Vergrösserung der Leber nachweisbar (Politzer). Mit dem Ausbruche schwerer nervöser Symptome beginnt alsbald die Verkleinerung der Leber, die in einigen Fällen bis zum völligen Verschwinden der Leberdämpfung führte, in anderen doch deutlich nachweisbar war. In dem ersten Falle Politzer's verkleinerte sich nur der linke Lappen, indess der rechte sein Volumen beibehielt. Die Milz zeigt sich immer vergrössert. Die Blutungen, welche dieses Leiden constant begleiten, können

bald am Lebenden an der Haut, der Mundschleimhaut, den Darmentleerungen nachgewiesen werden, bald lassen sie sich erst an der Leiche in Form vieler Blutpünktchen auf den serösen Häuten, oder grösserer Blutungen in das Parenchym einzelner Organe (Hirnblutungen bei Politzer) erkennen. Der Harn ist spärlich, dunkelgelb, stark bilifulvinhaltig. Einmal wurde in dem aus der Leiche entnommenen Harn auch Leucin und Tyrosin nachgewiesen (Politzer). Dagegen konnte in dem mit ausgezeichneter Genauigkeit beobachteten Falle von Rehn keiner dieser Körper im Harne nachgewiesen werden. Auffällige Abnahme der Harnstoffmenge wurde mehrfach erwiesen.

Die nervösen Erscheinungen beginnen mit Apathie und Schlafsucht und beschränken sich bisweilen auch im weiteren Verlaufe auf Schlafsucht und Delirien. Doch finden sich und dies dürfte für das Kindesalter bezeichnend sein, in der Mehrzahl (6) von unseren Fällen Convulsionen, namentlich mit Vorwiegen tetanischer Zustände angeführt. Einmal bei Steiner bildete ein maniakalischer Anfall in ächt cholämischer Weise den Anfang.

Temperaturmessungen ergaben mehrfach auch beim Vorhandensein von Convulsionen normale Werthe (36,9 bei Rehn, 37,0 bei Tuckwell), doch auch einmal bei einem anderen Falle des letztgenannten Autors erhöhte Körperwärme von 38,3. Da lebhafte Convulsionen vorhanden waren, können diese die Steigerung bedingt haben. — Blutuntersuchung ergiebt bei Erwachsenen auffällig gezackte geschrumpfte Form der Blutkörperchen. Von Kindern liegen noch keine Angaben hierüber vor. Der Verlauf bis zum Tode betrug in der Hälfte der Fälle 2 Tage, bei den anderen bis zu einer Woche, einmal soll er bis zu 18 Tagen gedauert haben.

Die Section zeigt die Leber klein, schlaff, zurückgesunken bis zu völliger Ueberlagerung durch das Kolon, auf dem Schnitte ockergelb mit einzelnen braunrothen Parthien von der Farbe des Herbstlaubes. Microscopisch finden sich die Leberzellen fettig degenerirt oder bereits vollkommen zu Körnchen zerfallen. Die dunkelrothen Theile sind die in der Degeneration vorgeschritteneren (Zenker). Die Milz ist vergrössert, weich, die Nieren zeigen sich gleichfalls vergrössert, blass, acut verfettet. Auch die Herzmuskel zeigte in mehreren Beobachtungen zahlreiche Fettkörnchen in den Primitivbündeln (vergl. z. B. Rehn-Perls). Zahlreiche Blutungen in inneren Organen vervollständigen das anatomische Bild der Krankheit.

Die meisten der bei Kindern beobachteten Fälle nehmen sich so aus, wie die auch bei Erwachsenen wohl bekannte Form, in der zu länger bestehendem gewöhnlichem Icterus ein Etwas hinzutritt, das plötzlich die Fettdegeneration des Herzens, der Niere, der Leber bewirkt und der seither leichten Krankheit das drohende Bild der Cholämie verleiht. Die Hypothese liegt nahe, in Anhäufung, vielleicht mangelnder Ausscheidung der Gallensäure im Blute den Grund zu suchen.

Die wenigen seither beschriebenen Heilungsfälle von acuter gelber Leberatrophie betreffen nicht das Kindesalter und gestatten keinerlei Schlüsse über eine wirksame Therapie. Man ist auf ein symptomatisches Verfahren angewiesen; namentlich Excitantien, Aether, Moschus, Campher, Wein kommen in Anwendung. Bei heftigen Convulsionen wird man eher Valeriana, etwa in Verbindung mit Opiaten geben und einen kalten Umschlag auf die Stirne legen lassen.

VIII. Cirrhosis hepatis.

Hepatis interstitialis.

P. Weber: Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen III, 47.

Rilliet und Barthez Bd. III. S. 848.

Loeschner: Ueber acute gelbe Atrophie und Cirrhose der Leber bei Kindern. Oesterr. Zeitschrift f. Kinderheilk. I. 1856. Schmidt's Jahrb. 91. S 204.

Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten II. 42.

Freund: Ein Fall von congenitaler interstitieller Hepatitis mit Anomalie der Gallenausführungsgänge. Jahrb. f. Kinderheilk. IX. 178.

A. Steffen: Zur Casuistik der Lebercirrhose. Jahrb. f. K. II. 211.

S. Unterberger: Lebercirrhose mit Ascites bei einem 5j. Kn. Jahrb. f. Kinderheilk. IX. 390.

Th. Neureutter: Ein Beitrag zur Psoitis und Hepatitis interstitialis. Oesterr. Jahrb. f. Paediatrick VIII. 1.

H. Green: Virchow und Hirsch Jahresber. 1872. II. 165.

G. W. Foot: ibid. 1873. II. S. 4.

Hauerwaas: Zur Casuistik der Lebercirrhose im Kindesalter. Diss. inaug. Würzburg 1871.

Die Lebercirrhose beruht auf der Wucherung und späteren Schrumpfung des Bindegewebes der Leber, besonders in der Nähe der feineren Pfortaderäste. Sie durchläuft demnach ein erstes hypertrophisches Stadium, in dem das Organ sich gleichmässig vergrössert, derb und blutarm, granroth wird und ein zweites, in dem die Leber sich verkleinert, schrumpft und ungleichmässige Ein-

schnürungen durch die stärkeren Bindegewebszüge erfährt, so dass die besser erhaltenen Parthieen des Lebergewebes an der Oberfläche Vorsprünge — Granula — bilden. Die Vergrösserung der Leber kann lange Zeit, jahrelang bestehen bleiben — hypertrophische Form der Lebercirrhose. Die Verkleinerung erfolgt meist derart ungleichmässig, dass der linke Lappen früher und stärker schrumpft als der rechte. Aber gerade bei Kindern ist einigemale ein rascheres Vorschreiten der Schrumpfung an dem rechten Lappen beobachtet worden (Unterberger, Steffen). Die Granula können sehr schwach ausgesprochen sein, namentlich im Beginne des zweiten Stadium's, oder gross und durch tiefe Furchen getrennt sein, so dass der Uebergang zu der gelappten Leber gebildet wird. Der Pfortaderstamm ist erweitert, ihre Aeste sind schwer injicirbar, die Leberarterie ist nebst ihren Aesten erweitert. Die erschwerte Durchgängigkeit des Pfortadergebietes bedingt Milzschwellung, Ascites, venöse Hyperämie, Schwellung und Blutung am Magen und Darmkanal. Die Peritonalhülle der Leber ist oft getrübt, verdickt, mit Nachbarorganen verwachsen. Der scharfe Rand der Leber ist dünn, durchscheinend, arm an Drüsensubstanz. An letzterer findet sich bisweilen neben der Atrophie, die durch den Druck der Bindesubstanz bewirkt wird, der Prozess der Fettinfiltration oder der acuten Atrophie vor.

Das Vorkommen der Cirrhose im Kindesalter ist zwar ein spärliches, doch immerhin kein so sehr seltenes als man früher anzunehmen geneigt war. Neureutter fand sie im Prager Kinderspitale bei 1‰ der Kranken, so dass er von 18 Jahren 15 Fälle zusammenstellen konnte. Darunter waren 9 Knaben, 6 Mädchen. Die meisten dieser Kranken (9) hatten das 8te Jahr schon überschritten, der jüngste war 15 Monate alt. Bei keinem liess sich eine Ursache nachweisen. Ich habe in der Literatur 15 Fälle sammeln können; darunter waren 10 Knaben, 5 Mädchen, zwei Neugeborene, je eines von 5, 6, 8 und 13 J., je zwei von 7, 9 und 10, drei von 11 J. Beide Zusammenstellungen ergeben das Vorwiegen des männlichen Geschlechts wie beim Erwachsenen und des Alters über 8 J. — Mehrere Thatsachen weisen darauf hin, dass gegen Ende des Kindesalters Alkoholismus seine Rolle als legitimer Vater der Lebercirrhose schon ganz gehörig spielt *). Branntwein naschen,

---

*) Vergl. Wunderlich Handb. III. 3. S. 313, ferner Maggioroni, Virchow und Hirsch's Jahresber. 1874. Bd. II. S. 259, ferner Hauerwaas loc. cit.

öfteres Weintrinken, öfteres Nehmen eines heimlichen Schluckes bei Hausfreunden oder Dienstboten oder geradezu Erziehung von Kindern zu Säufern durch den Unverstand roher Eltern kommen vor. Alkoholismus der Kinder ist meist schwer zu constatiren, selten aus ihren Angaben, manchmal nur, indem man geistige Getränke hinstellt und heimlich beobachtet, ob und wie der Patient davon nascht. Geringere Mengen von Branntwein, Bier und Wein können bei Kindern schon wirksam sein. Zwei Patienten von Rilliet und Barthez waren zugleich Phthisiker, hie und da mag Intermittens oder Syphilis vorangegangen sein. Dass es übrigens noch unbekannte, gerade für das Kindesalter sehr wirksame Ursachen giebt, das beweist nicht allein der Umstand, dass für die allermeisten in der Literatur niedergelegten Fälle gar keine Ursache nachweisbar war, sondern namentlich auch das Vorkommen der Krankheit bei Neugeborenen und bei einem Kinde, das kaum das erste Lebensjahr überschritten hatte.

Den gewöhnlichen Anfang der Symptome bilden gastrointestinale Störungen: Appetitlosigkeit, Auftreibung, Wechsel von Diarrhoe und Verstopfung. Doch wird auch plötzlicher Anfang mit Gelbsucht oder von Unterleibsschmerz berichtet. Die Leber kann im ganzen Verlaufe vergrössert bleiben (2 F. v. Neureutter), zeitweise normalen Umfang darbieten, meist gelangt sie jedoch zur Verkleinerung (13 Fälle bei Neureutter). Wo sie gefühlt werden kann, ist sie hart, hie und da können die Granula getastet werden. Die Milz ist mit einer gewissen Nothwendigkeit vergrössert, meist zu umfangreichem Tumor angeschwollen, bisweilen hämorrhagisch infarcirt (F. v. Frerichs). In der Beobachtung von Weber allein mangelte die Milzschwellung. — Der kurze Verlauf bringt es wohl mit sich, dass Ascites öfter nicht zur Entwickelung kommt. Dennoch ist es auffallend, dass nur drei mal von starkem Ascites berichtet wird bei dem 8j. Knaben von Hauerwaas und bei dem 5j. Knaben von Unterberger, bei dem allerdings dreimale punctirt werden musste und bei einem 7j. von Foot. In dem Falle von Frerichs war mässiger Ascites vorhanden, auch bei Thorowgood wird er erwähnt. Gelbsucht tritt häufiger auf, bei Erwachsenen seltener als Bauchwassersucht. Sie stellt sich dar als blasse, schmutziggelbgraue Färbung der Haut und der Urin ist zwar spärlich und dunkel, hat aber keine starke Färbekraft. Die Reaction mit Salpetersäure oder anderen oxydirenden Körpern bleibt aus, dagegen erhält man mit Chlorzink und Ammoniak die gelbgrüne

Fluorescenz, die das Hydrobilirubin charakterisirt. Nicht selten findet sich die Cirrhose mit Unwegsamkeit des Ductus choledochus zusammen vor, wie sie ja überhaupt eine ungemein combinationsfähige Krankheit ist. So war in dem Falle von Helle Compression des Ganges durch zwei geschwollene Lymphdrüsen, in dem von Freund Atresie des Ganges vorhanden. Unter solchen Bedingungen kommt auch bei Lebercirrhose ächter goldgelber Icterus vor mit starkfärbendem Harn, der die Gmelin'sche Reaction auf Bilifulvin giebt. Mehrfach wurden chronische Diarrhöen und gegen Ende Magendarmblutung beobachtet. Dagegen finde ich sichtbare venöse Collateralbahnen, wie sie sonst am Nabel und After hie und da vorkommen, nirgends erwähnt. Auch dies dürfte auf Rechnung des beträchtlich rascheren Ablaufes der Krankheit zu schieben sein.

Die Prognose ist bis jetzt sehr ungünstig, wenn auch nicht absolut letal. Die Diagnose ist insofern leichter, als Carcinom in diesem Alter so gut wie gar nicht in Betracht kommt. Von der Hepatitis gummosa kann die Unterscheidung mitunter schwierig werden, besonders weil das ursächliche Moment des Abusus spirituosorum meist fehlt und manchmal verborgen bleibt und weil die Krankheit oft tödtlich endet ehe die Leber zu erheblicher Verkleinerung gekommen ist. Die grösste Schwierigkeit der Diagnose liegt aber darin, dass manche Fälle in wenigen Wochen zum Tode führen, ohne dass irgend deutliche Erscheinungen von Leberverkleinerung oder Pfortaderstauung eingetreten sind, einfach unter den Symptomen intensiver Gelbsucht und Verdauungsstörung.

Die Therapie hat fast nur mit den einzelnen Symptomen zu thun. Oft werden stopfende Mittel, Bitterstoffe, Stomachica indicirt sein. Diuretica werden meist angewandt, geben jedoch selten Erfolg. Anregung der Hautthätigkeit durch heisse Bäder nützt sowohl in Bezug auf die catarrhalischen Zustände des Magens und Darmes als auch namentlich zur Verminderung serösen Ergusses in dem Peritonealsacke.

Gegen hochgradigen Ascites ist neuerdings frühzeitige Punction mit unvollständiger Entleerung der Flüssigkeit, sowie baldige Wiederholung der Punction empfohlen worden. Auch ich habe bei einem Erwachsenen günstigen Erfolg davon gesehen.

IX. Echinococcus hepatis.

H. Krappe: Die isländischen Echinooccen. Virch. Arch. Bd. 27. p. 225.
R. Leuckart: Die menschlichen Parasiten. Leipz. u. Heidelb. 1862. Bd. I. p. 358.
C. Davaine: Traité des entozaires. Par. 1860.
J. Harley: On a case of hydatid disease of the liver and remarks on the treatment of similar tumours. Med. Chir. transact. XLIX. p. 79.
Bouchut: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. XL. p. 256.
H. Roger: Ibid. B. XLVI. p. 83.
C. Uterhart: Ueber Incision nach Doppelpunction zur Heilung von Echinococcuscysten des Unterleibes etc. Berl. klin. Wochenschrift 1868. Nr. 14—17.
C. E. M. Paul: Traitement des kystes hydatiques du foie. Thèse de Paris 1866.

Blasenwürmer der Leber finden sich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre am Häufigsten vor; für die ersten Lebensjahre fehlen sie fast gänzlich, wenigstens ist der einzige Fall von Cruveilhier, der ein 12tägiges Kind betreffen soll, nicht sichergestellt. Nächstdem der jüngste von Finsen begann im ersten Lebensjahre und wurde im sechsten operirt. Fälle von Thorstensen und Bodson betreffen 4jährige Kinder. Zwischen dem 5. und 10. Jahre finden sich wenige, zwischen dem 10. und 15. schon ziemlich viele in der Literatur. Bei Finsen treffen 8% der Fälle auf das Alter unter 10 Jahren. Die Krankheit entsteht durch die Entwicklung der Eier eines Hundebandwurmes, der Taenia echinococcus, im Magen des Menschen und durch die Auswanderung der Embryonen in die benachbarten Organe. Das ganz überwiegende Befallensein der Leber (166 : 200 der übrigen Organe bei Davaine, 69% bei Finsen) erklärt sich am Leichtesten so, dass nicht allein durch directe Wanderung, sondern auch embolisch von den Magenvenen aus die Thiere dahin gelangen. Die Art des Hereingelangens der Echinococceneier ist noch nicht genauer bekannt. In der Leber finden sich die Blasen einzeln oder zu wenigen, manchmal gleichzeitig mit Echinococcen der Lunge, des Hirns, des Netzes, Sowohl E. granulosus als hydatidosus sind bei Kindern beobachtet, so viel ich weiss noch nicht multilocularis.

Während einer Anzahl von Monaten oder Jahren bestehen unbestimmte Verdauungsstörungen, Schmerzen in der mittleren oder rechten Oberbauchgegend, Empfindlichkeit gegen den Druck enger Kleidungsstücke. Manchmal ist zu Anfang Gelbsucht vorhanden

und verschwindet wieder, dann tritt eine Anschwellung ein, die den oberen Theil des Unterleibes überhaupt betrifft, häufig aber auch einzelne höckerige Vorwölbungen erkennen lässt. Schon wenn bei sonst gesunden Kindern eine sehr bedeutende Vergrösserung der Leber nachgewiesen wird, die ungleichmässig sich nach Oben oder Vorne an einer oder wenigen Stellen wölbt, ist an diese Krankheit zu denken. Sicher wird die Annahme dann, wenn an der vorderen Bauch- oder der rechten Costalwand im Bereiche der Dämpfung der vergrösserten Leber eine Anschwellung hervortritt, die die kleinwellige Fluctuation, welche als Hydatidenschwirren beschrieben wird, erkennen lässt. Wie gross die Leber werden kann, zeigt der eine Fall von Simon, wo bei einem 9jährigen Mädchen ein mannskopfgrosser Sack entleert wurde, und der von Köfod, wo von einem 14jährigen Mädchen erwähnt wird, sie habe das Aussehen einer Schwangeren im 9. Monate gehabt. Während mehrerer Jahre besteht ein lebhafter Contrast zwischen der colossalen Lebergeschwulst und der günstigen Ernährung und gesunden Gesichtsfarbe des Kranken; dann aber stellt sich gerade bei Kindern eher als bei Erwachsenen rasche Abmagerung ein und zu der Zeit kann die Krankheit mit Krebserkrankung oder Speckentartung der Leber ziemliche Aehnlichkeit darbieten. Perforation des Sackes nach der Lunge, ins Cavum pleurae, in die Gallenwege, ins Peritonäum und von da durch den Nabel nach Aussen sind schon mehrfach beobachtet. Gelingt es in zweifelhaften Fällen den Troicart in die Cyste einzustossen, so sind folgende Befunde beweisend: 1) wasserklare, eiweissfreie, zucker- und bernsteinsäurehaltige Flüssigkeit, 2) junge Brut mit Hacken an den Köpfchen, Häute von Tochterblasen mit bandartiger Streifung auf dem Querschnitte. Die Echinococcenkrankheit lässt sich verhüten. Man sollte Kinder nicht mit Hunden spielen lassen, wenigstens strenge verbieten, dass sie sich die Hände oder gar das Gesicht von Hunden lecken lassen.

Spontane Heilung nach Durchbruch in den Magen oder Darm oder durch Verkalkung der Knoten ist im Kindesalter nicht beobachtet. Der Verlauf ist ohne Kunsthülfe stets ein tödtlicher. Die Aussichten für das operative Verfahren sind relativ günstig. Unter 14 operirten Fällen finde ich nur 2 Todesfälle verzeichnet. Einer trat ein nach mehrfacher Punction. Durch die gleiche Methode werden 2 andere Fälle geheilt (Brodie, Thompson); von den übrigen wurden 8 nach besseren Methoden operirt. In diagnostischer Beziehung will ich noch, gestützt auf Fälle aus meiner Klinik,

erwähnen, dass angeborene Cystengeschwülste des Netzes, mit der Leber verwachsen, kaum von deren Echinococcen unterschieden werden können, ferner dass ein grosser Congestionsabscess der Wirbelsäule an der unteren Fläche der Leber adhärent vollständig das Bild eines Echinococcensackes darbieten kann.

An die Operation muss man gegenwärtig folgende Anforderungen stellen: 1) dass sie die Verwachsung des Peritonäalüberzuges der Leber mit dem der Bauchwand, wo sie noch nicht besteht, herstellt; 2) dass sie eine bleibende weite Oeffnung liefert, durch die die Hülle der Blase entleert werden kann. Die einfache Punction ist daher zu verwerfen, höchstens kann sie einmal vor der eigentlichen Operation zu diagnostischen Zwecken gemacht werden. Als specielle empfehlenswerthe Methoden sind anzuführen: 1) die von Recamier: Vordringen durch die Bauchwand mittelst der Aetzpaste bis in den Sack oder in die Nähe desselben, dann Incision durch den letzten, das Peritonäum schon erfassenden Schorf, Entleerung des Inhaltes, Jodeinspritzungen, später desinficirende Einspritzungen (Heilungen von Bouchut, Roger, Paul); 2) die von Simon: Einstechen zweier Troikarts in den Sack, Entleerung des Inhaltes. Nach 1—2 Wochen Entfernung der Röhren, Vereinigung der Stichwunden durch den Schnitt, Extraction des Balges, Ausspritzungen (2 Heilungen Uterhardt). 3) Anwendung eines grossen Troikarts, Offenhalten des Loches durch Drainageröhren etc. (Heilungsfälle von Hjaltelin, Boinet). Bei 2 Erwachsenen habe ich nach längerer Anwendung des Kali picronitricum innerlich Schmerzhaftigkeit der Geschwulst und Fieber eintreten sehen. Bei dem Einen erfolgte Heilung nach Durchbruch der Geschwulst in den Darm, bei dem Andern einfach durch Schrumpfung derselben. Sobald sich Gelegenheit ergibt, werde ich die Versuche mit diesem Mittel fortsetzen. Hjaltelin sah nach mehrwöchentlicher Darreichung von dreimal täglich 30—40 Tropfen Kamala-Tinctur jüngere Tumoren zum Verschwinden kommen.

F. Milzkrankheiten.

Des fieberhaften Anschwellens der Milz, wie es bei acuten Infectionskrankheiten und localen acuten Entzündungen (Pneumonie, Erysipelas) vorkommt und besonders hohen Grad bei Intermittens erreicht, haben wir bereits früher (pag. 24) mehrfach gedacht. Es handelt sich dabei um weiche, blutreiche, mässig

grosse Anschwellungen, oft verbunden mit stellenweiser Trübung der Kapsel.

Chronische Hyperplasieen, derbe, blutärmere, in ihrer Structur nicht wesentlich abweichende Anschwellungen finden sich bei manchen chronischen, constitutionellen Erkrankungen, z. B. Rachitis, Scrophulose vor. Bei diesen gleichen Krankheiten, dann überhaupt bei Abmagerungszuständen, chronischen Eiterungen, neben Syphilis, Tuberculose findet sich die Amyloidmilz: wo nur die Malpighi'schen Körper Sitz dieser Einlagerung und in grosse durchscheinende Körner umgewandelt sind, Sagomilz; wo das ganze Organ von den Arterien aus gleichmässig befallen ist, Wachsmilz genannt.

Sie bildet bei kleinen Kindern von wachsartig durchscheinendem Colorit eine grosse, harte, glatte, an der Spitze leicht zu fühlende Geschwulst, die durch die gleichartige Anschwellung der Leber, durch gleichzeitiges Vorhandensein von Diarrhöe und Albuminurie, sowie unter Berücksichtigung der Ursachen nicht leicht verkannt werden kann.

Schwellung der Milz durch Stauungshyperämie findet sich bei Herzkranken nicht vor, das Capillarnetz der Lebervenen gibt für die Milz einen Schutz ab. Dagegen trifft man sie bei einzelnen Leberkrankheiten regelmässig an, so bei Cirrhose und Pylephlebitis, ziemlich oft bei der syphilitischen Erkrankung der Leber.

Unter den Neubildungen kommen am Häufigsten Tuberkeln vor, mehr dem Peritonäum als der Pulpe der Milz angehörend, kaum anders als in miliarer Form; hie und da Lymphome bei Leukämie und Anaemia splenico-lymphatica. Namentlich bei letzterer Krankheit finden sie sich in ausgezeichneter Weise als graurothe bis weissliche, zur Grösse eines Kirschkernes heranwachsende Einsprengungen in Mehrzahl vor und können selbst dem der Betastung zugängigen Theile der Milz eine knollig-rauhe Oberfläche verleihen. Bei beiden Erkrankungen wurde in meinen hiesigen Fällen Hypoxanthin im Harn vermisst. Für die leukämische Milzschwellung gibt die Vermehrung der weissen Blutkörperchen, für die Pseudoleukämie die stets vorhandene Geschwulstbildung äusserer Lymphdrüsen, gewöhnlich der jugularen, das sichere Kennzeichen ab.

Von grosser Bedeutung für das Kindesalter sind die Veränderungen, die die Milz durch die Syphilis, die angeborene sowohl

als die erworbene, erleidet. Die möglichen Formen der Veränderung sind hier mehrfache, aber sie stehen in verschieden naher Beziehung zu der Grundkrankheit. Die Amyloidentartung gehört nicht der Syphilis als solcher an, sondern der Kachexie, die durch langdauernde und tiefgehende Einwirkung derselben gesetzt wird. Wo die Milz nicht selbst, wohl aber die Leber intensiv von der syphilitischen Neubildung befallen ist, findet sich der einfach hyperämische Milztumor vor, der in diesem Falle die gleiche Entstehungsweise und Bedeutung hat, wie bei Lebercirrhose. Von Bärensprung wird in einzelnen Fällen erwähnt Perisplenitis, die sowohl in Form lockerer Gewebswucherung und faserstoffigen Beschlages eines Theiles der hyperämischen Milzkapsel vorkommt, als auch in Form sehniger, gefässarmer Verdickungen. Sie findet sich sowohl mit Perihepatitis zusammen, als auch unabhängig von dieser vor, selten ohne dass gleichzeitig die Milz vergrössert wäre. Die Diagnose ist nur möglich bei auffälliger Schmerzhaftigkeit der vergrösserten Milz bei Druck gegen dieselbe, oder wo ein Reibegeräusch daran wahrgenommen wird. Die syphilitische Neubildung in der Milz kommt nur in circumscripter Form vor, sie bildet dann bis haselnussgrosse, trocken und speckig aussehende, weissliche, rothumsäumte Knoten, die bei peripherem Sitze schon von Aussen als blassere Vorragungen gesehen werden können. Gelingt es, diese Vorragungen an der vergrösserten Milz eines Syphilitischen zu fühlen, so ist die Diagnose ganz wohl möglich, man kann selbst bei erfolgreicher Jod- oder Quecksilber-Behandlung die vollkommene Rückbildung während einiger Wochen wahrnehmen.

Die Rückbildung von Milzanschwellungen wird gefördert durch zufällig auftretende Magen- oder Darmblutungen, reichliche Durchfälle, durch Blutegel, in der Aftergegend angewendet, durch Abführmittel, durch örtliche Anwendung der Kälte, z. B. kalte Douche auf die Milzgegend, in fieberhaften Krankheiten durch Anwendung von Chinin, Digitalis, Veratrin, bei dyskrasischen Zuständen ziemlich allgemein durch die Anwendung des Jodeisens. Specieller sind syphilitische Formen mit Jod oder Mercur, leukämische und pseudoleukämische mit Eisen, Amyloidentartung mit Jodpräparaten zu behandeln; von Budd wird gegen letztere Nitrum empfohlen.

Unter den wenigen bekannt gewordenen Fällen von Echinococcus der Milz finden sich zwei von Voisin und Duboué, die

Kinder von 14 Jahren betreffen. Beide wurden erst bei der Section entdeckt. Zu diesen ist seither noch ein dritter hinzugekommen, den Wilde im Arch. f. klin. Medic. VIII. S. 116 beschrieb, ein diagnosticirter und durch die Operation nach Simon geheilter Fall. Ostern 80 lag auf der Klinik v. Bamberger's ein Knabe mit wiederholt punctirtem E. der Milz.

VI.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Nierenerkrankungen.

Die Niere des Neugeborenen ist relativ doppelt so gross als die des Erwachsenen, im ganzen Kindesalter wird beträchtlich mehr Nierensecret geliefert pro Kilo als beim Erwachsenen, das wenn auch wässeriger doch entsprechend dem intensiven Stoffwechsel des Kindesalters mehr an eigentlich secretorischen Bestandtheilen bes. Harnstoffe wegführt. In dieser intensiven functionellen Thätigkeit liegt wohl eine Ursache leichter Erkrankung des Organs, wie denn auch gewisse Krankheiten z. B. Diphtheritis bei Kindern leichter Nephritis hervorrufen, und zu einer Anzahl von Nierenleiden: Carcinom, Lithiasis, Paranephritis dem Kindesalter eine besondere Disposition zugeschrieben werden muss. Anderseits ist die Ernährung des Kindes noch einfach und reizlos, oder sollte es wenigstens sein. Diejenigen Schärfen und Reize, die vom Blute her einwirkend das Organ krank machen, kommen noch weniger zur Geltung, daher die Seltenheit der chronischen diffusen Nierenentzündungen. Die meisten Erkrankungen an acuten Exanthemen und Diphtherie fallen in das Kindesalter, daher die Häufigkeit acuter diffuser Nierenentzündung bei Kindern. In ätiologischer Beziehung sei endlich noch hervorgehoben, dass wichtige Nierenerkrankungen als durchaus congenital zu betrachten sind (Cystenniere) oder doch theilweise oder wahrscheinlich diese Auffassung zulassen (Hydronephrose, Sarkome). Zudem gehört die Niere zu jenen Organen, an welchen der Uebergang aus dem intrauterinen Leben nicht immer ohne schädigende Spuren sich vollzieht (harnsaurer Infarkt). —

Von den Symptomen der Nierenerkrankungen wollen wir hier zweier gedenken: der Harnbeschaffenheit und der Nierengeschwülste.

Die Harnmenge und das spezifische Gewicht des Urin's, zwei der wichtigsten Momente zur Beurtheilung von Nierenerkrankungen, lassen sich nur verwerthen mit Rücksichtnahme auf das Alter und Körpergewicht. Die Auffindung zuverlässiger Normalzahlen hiefür ist noch Aufgabe. Für jetzt müssen die S. 4—6 erwähnten physiologischen Daten die Anhaltspunkte liefern. Bei Gesunden sind Menge und Gewicht des Harnes grossen Schwankungen unterworfen, dafür treten aber auch die pathologischen Abweichungen weit schärfer hervor und gehen rasch ins Extreme, zu einem spez. Gewichte das wenig mehr von dem des Wassers abweicht bei D. insipidus und Granularatrophie und zu völliger Anurie bei acuter diffuser Nephritis.

Eiweissgehalt des Harnes kommt beim Neugeborenen so oft vor, dass er nicht als Beweis einer Erkrankung gelten kann. Auch später kann durch Muskelanstrengung (convulsivischen Anfall), rasche Abkühlung der Oberfläche des Körpers, reichlichen Eiergenuss, Einreibung balsamischer Mittel u. s. w. vorübergehende Albuminurie bewirkt werden, die noch unter gesundhaften Zuständen sich abspielt. Aber auch bei Kranken muss man sich erinnern, dass nicht nur gewebliche Veränderungen an der Niere, sondern auch Minderung des Arterien- und Steigerung des Venen-Druckes bei Fiebernden, Herzkranken u. s. w. Albuminurie erzeugen kann. Dennoch bleibt reichlicher andauernder Eiweissgehalt eines der wichtigsten Zeichen diffuser Nierenentzündungen.

Von den Harncylindern finden sich hyaline Formen überall dort, wo Albumen im Harn vorkommt, ja bei Icterischen sogar noch beträchtlich häufiger vor. Nur jenen Cylindern dürfte entschiedene Bedeutung beizumessen sein, die reichlich oder vorwiegend Blutkörperchen, Epithelien, Fettkörnchen führen, oder Amyloid-Reaction zeigen. Allen übrigen Harnsedimenten kommt im Kindesalter erhöhte Bedeutung zu, indem die kristallinischen sich wegen der dünneren Harnbeschaffenheit weniger leicht bilden als bei Erwachsenen, die zelligen wegen der unversehrteren Beschaffenheit der Urogenitalorgane weniger vorkommen.

Die Nierengeschwulst beginnt mit Verbreiterung der Nierendämpfung, schiebt sich dann nach seitwärts und aussen, erst später nach vorne. Sie kann bereits bis zur Axillargegend reichen, nicht nur die Nierengegend vorwölben, sondern die untere Brustapertur erweitern ohne noch von vorneher fühlbar zu sein. Sind endlich nach weiterem Wachsthum die lufthältigen Unterleibsorgane nach

unten und zur Seite, bei doppelseitigem Tumor nach unten und kleinen Theils nach oben gedrängt, so wird die Geschwulst unter dem Rippenbogen tastbar. Sie ist eine Geschwulst der oberen Bauchgegend, wenig beweglich, durch Athmung fast nicht verschiebbar, die das Eindringen der Fingerspitzen unter den Rippenbogen während der Exspiration oder in Narcose gut gestattet. Die Percussion zeigt wenigstens zeitweise einen längs durch die Geschwulstdämpfung verlaufenden Streif hellen, tympanitischen Schalles, der dem Colon entspricht. Durch diese Kennzeichen wird die Nierengeschwulst genügend charakterisirt. Die Probepunction kann ich nach einer trotz aller Cautelen gemachten unangenehmen Erfahrung durchaus nicht für so ungefährlich halten als Andere wollen. Nach einer Punction mit wohl carbolisirter Pravaz'scher Spritze trat bedrohliche Peritonitis ein, die eben noch günstig endete. — Sowohl local wie in grösserer Ausdehnung kann das Zwerchfell durch solche Geschwulst in die Höhe gedrängt werden, wie denn auch die untere Thoraxapertur bedeutend erweitert werden kann. Namentlich bei congenitalen Nierengeschwülsten (Cystenniere) geht dies soweit, dass ein Geburtshinderniss dadurch entstehen kann. Namentlich durch cystische Ausdehnung der oberen Harnwege, Eiterung und Neubildung entstehen bis kopfgrosse Nierengeschwülste, deren Unterscheidung von Geschwülsten der Leber, Milz, des Mesenteriums, Ovarium's, von Congestionsabscessen u. s. w. festgestellt werden muss.

Unter den Nierenerkrankungen des Kindesalters spielt jene Gruppe eine besonders wichtige Rolle, die man unter dem Namen Morbus Brightii zusammenfasste. Die Discussion darüber, in wie weit die acute diffuse Nierenentzündung, die breite weisse Niere und die Schrumpfniere Stadien eines Prozesses oder besondere Krankheitsformen seien, in wieweit namentlich die Schrumpfniere aus anderen Entzündungsformen der Niere hervorgeht oder sich selbständig entwickelt, ist noch im Gange. Trotz der entgegenstehenden Arbeiten von Weigert, v. Bamberger u. A. kann ich nicht umhin, mich zur Ansicht zu bekennen, dass die Fälle von Schrumpfniere, die mir vorkamen, meistentheils keinerlei Zeichen vorausgegangener anderweiter Nierenentzündung erkennen liessen, also kein Stadium aufwiesen in dem Oedem und Verminderung der Harnmenge vorausgegangen wäre, und dass sie klinisch sehr wohl durch einen eigenen Symptomencomplex erkennbar waren. Dem entsprechend werden auch hier diese Formen getrennt abgehandelt werden.

I. Nephritis parenchymatosa acuta.

Morbus Brigthi acutus. Erstes Stadium der Bright'schen Krankheit.

Ad. Kjellberg: Ueber das Vorkommen der parenchymatösen Nephritis im frühen Kindesalter, als Komplication mit anderen Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihr Auftreten beim Darmkatarrh. Journ. f. Kinderkrankh. LIV. S. 192.

Id.: Oester. Jahrb. f. Paediatr. 1870. Bd. I.

Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. S. 345.

A. Biermer: Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach. Virch. Arch. XIX. S. 537.

Eisenschitz: Ueber das Verhalten der Nicrenerkrankung zum Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. VIII. 1. S. 69.

M. J. Parrot: Etude sur l'encephalopathie urémique et le tétanos des nouveau-nés. Arch. génér. de Méd. Mars 1872.

Steiner und Neureutter: Die Krankheiten der Harnorgane im Kindesalter. Prag. Vierteljahrschrift Bd. 105 u. 106.

L. Letzerich: Ueber Nephritis diphtheritica. Virch. Arch. Bd. 55. S. 324.

A. Strümpell: Bemerkungen über die Urämie und ihren Einfluss auf die Körpertemperatur. Archiv der Heilkunde. 1876. S. 36.

C. Bartels: Bd. IX. zum Ziemssen's Handbuch.

S. Hofmann: Beiträge zur Therapie der genuinen parenchymatösen Nephritis. D. Arch. f. klin. Med. XIV. 291.

Unter allen Nierenerkrankungen ist im Kindesalter die acute parenchymatöse Form die häufigste. So fanden sie Steiner und Neureutter unter 265 Fällen von diffusser Nierenentzündung 213 male. Ihrer vorwiegend secundären Natur entsprechend findet sie sich, wiewohl in jedem Abschnitte der Kindheit vertreten doch in den Jahren am häufigsten, in welchen Scharlach, die übrigen acuten Exantheme und Diphtherie vorwiegend vorkommen. Das Säuglingsalter und das spätere Knabenalter sind etwas weniger davon betroffen. Das primäre Vorkommen der Krankheit nach Erkältungen, namentlich nach längerer Einwirkung von Nässe und Kälte, ist für das Kindesalter von geringerer Bedeutung, wenigstens auf dem Lande und in kleineren Städten. Für feuchte, kalte Kellerwohnungen grosser Städte mag sich dies anders verhalten, wenigstens weisen Rilliet und Barthez ausdrücklich auf die Häufigkeit diffuser Nephritis bei den dort in Noth und Mangel lebenden Kindern hin. Auch Intoxicationen, mit Canthariden, Rhus toxicodendron cet. spielen im Kindesalter keine erhebliche Rolle. Dagegen sind es die Gifte acuter Infectionskrankheiten denen die

meisten Fälle acuter Nephritis ihre Entstehung verdanken. In erster Linie ist hier das Scharlachgift zu nennen. Es besitzt eine spezifische Einwirkung auf die Niere, die in manchen Epidemieen häufiger in anderen seltener zur Geltung kommt. Dass die Nierenaffection nicht als Folge der Hauterkrankung, etwa der unterdrückten Hautthätigkeit, wie bei Erkältungen, angesprochen werden könne, zeigen jene in grösseren Epidemieen nicht seltenen Fälle, in denen ohne jeden Hautausschlag Scharlachhydrops sich entwickelt. Scharlach-Epidemieen mit Diphtheritis können als der Niere gefährlicher gelten, als solche, die nur leichtere Rachenentzündungen mit sich bringen. Doch lässt sich auch daraus keine durchschlagende Regel entnehmen. In leichteren Epidemieen findet man oft viele Fälle, die zu keiner Zeit ihres Ablaufes Eiweiss im Harne oder sonst irgend ein Zeichen von Nierenleiden darbieten. Die Annahme, dass jeder Scharlachfall die Niere mit krank mache, dürfte daher als unerweisbar zu bezeichnen sein. Die Gründe, wesshalb bei einzelnen Menschen und in einzelnen Epidemieen das Scharlachgift Nierenerkrankung erzeugt, sind unbekannt. Während man seither viel Werth auf das Auftreten von Eiweiss im Harne auf der Höhe der Krankheit legte und daraus auf den Beginn des später sich manifestirenden Nierenleidens schliessen zu können glaubte, geht die jetzt hauptsächlich von Bartels und Thomas vertretene Auffassung dahin, dass die febrile Albuminurie auf der Höhe schwerer Fälle noch nicht auf ein organisches Nierenleiden hinweist, dass diesem erst eine spätere Albuminurie entspricht, die nach Ablauf des eigentlichen Krankheitsprozesses, nach einem 1—2wöchentlichen fieberlosen Zustande sich einstellt.

Etwas seltener als Scharlach erzeugt Diphtherie Nephritis acuta. Es sind vorwiegend langdauernde diphtheritische Rachenaffectionen, auf die das Nierenleiden folgt. Auch hier kommt eine febrile Albuminurie vor, die bedeutungslos ist. Erst nach Ablauf der eigentlichen Krankheitserscheinungen beginnen die beweisenden Veränderungen des Harnes. Von Letzerich ist in sehr einleuchtender Weise die Nierenerkrankung als Folge einer massenhaften Embolie von Spaltpilzen geschildert worden, die auf dem Wege ihres Ausscheidens aus dem Körper in diesem letzten Filter stecken bleiben. Auch sonst darf man annehmen, dass diejenigen Infectionskrankheiten die Niere vorzüglich gefährden, deren Entstehung mit Einwirkung von Spaltpilzen in Verbindung gebracht werden muss. Dahin gehören die übrigen acuten Exantheme, die Typhen,

vorzüglich Reccurens, Cholera, Pyaemie, Intermittens, Erysipel. Aber auch bei Pneumonie, Bronchitis capillaris, Phthise und vielen anderen fieberhaften Krankheiten kommt sie vor.

Der anatomische Befund zeigt starke Schwellung der Nieren, leicht trennbare Kapsel, hyperämische Oberfläche. Auch der Schnitt erweist sich blutreich, namentlich in der Marksubstanz, indess die Rinde nach längerem Verlaufe schon mehr grau oder gelblich gefärbt erscheint. Die Hauptveränderungen betreffen das Gebiet der gewundenen Harnkanälchen. Hier gerade ist blasse gelbgraue Färbung vorherrschend. Die Malpighi'schen Knäuel sind im Beginne hyperämisch, so dass sie als dunkelrothe Punkte erkennbar sind, später werden auch sie blass und blutarm. Die microscopische Untersuchung ergiebt als Hauptbefund trübe Schwellung der Epithelien, die sich zurückbilden oder zur fettigen Metamorphose und zum Zerfalle dieser Zellen führen kann. —

Die Erscheinungen dieser Form können mit Schmerzen in der Nierengegend, öfterem Bedürfnisse Urin zu entleeren, auffälliger Verminderung der Menge und Aenderung der Beschaffenheit des Urins beginnen. Der Harn wird spärlich, von dunkler meist trübrother ins grünliche schillernder Färbung. Diese Blutfärbung zeichnet sich noch dadurch aus, dass sie bei längerem Stehen des Harnes in den oberen Schichten heller, in den unteren dunkler wird. Will man nicht in dem Sedimente die rothen Blutzellen microscopisch nachweisen, so setze man einige Tropfen der bluthältigen Flüssigkeit zu einer Mischung von gleichen Theilen Guajactinctur und Terpentinöl zu. In kurzer Zeit tritt die Bläuung des Guajacfarbstoffes ein und liefert einen sehr empfindlichen und schönen Nachweis das Blutfarbstoffes. Das spezifische Gewicht des Harnes ist beträchtlich erhöht, reichlicher Gehalt von Harnstoff und Eiweiss leicht nachweisbar, oft auch Urat-Sediment vorhanden. Ausserdem finden sich in dem

Fig. 41.



Körnchencylinder und Epithelzellen, letztere theils wenig verändert, theils körnig entartet. Von Scharlach-Wassersucht eines 5jährigen Kindes.

Bodensatze zahlreiche Epithel-, Blut- und auch Faserstoffcylinder, verfettete oder gequollene trübe Epithelien. Hie und da soll sich im ersten Beginne der Harn vermehrt zeigen (Baginsky), während des Ansteigens der Krankheit bleibt er vermindert, um erst gegen Ende des Verlaufes vermehrt, blass und noch eiweiss- und cylinderhältig zu werden, bis nach und nach auch diese Beimengungen sich verlieren.

Im Beginn kann Fieber in Form einer leichten kurzdauernden Remittens oder mit einzelnen Frösten vorhanden sein.

Sehr bald, manchmal als erstes auffälliges Zeichen tritt Schwellung des Unterhautbindegewebes ein. In Folge des reichlichen Blut- und Eiweissverlustes wird die Haut blass, in Folge der Verminderung der Wasserabsonderung wird die Blutmischung hydrämisch und der Gefässdruck gesteigert. Das Oedem beginnt am häufigsten am Gesichte oder an den Knöcheln und pflegt sich über den grössten Theil der Körperoberfläche zu verbreiten. Oberarm und oberer Theil der Brust pflegt am wenigsten daran Theil zu nehmen, die Lendengegend bei bettlägerigen Kranken am meisten und am längsten. Ergüsse in seröse Säcke, namentlich Pleuren und Perikard, dann Lungen- und Glottisödem kommen ebenfalls vor. Bei sehr verminderter Harnmenge und hochgradigem Hydrops treten oft örtliche Entzündungen: Pneumonie, Pleuritis, Peritonitis cet. ein und führen rasch zum Tode. Auch hier zeigt sich die Neigung der mit Harnbestandtheilen überladenen Gewebe, in örtliche Entzündungen einzutreten.

Endlich kommen bei vielen Kranken urämische Anfälle vor, bald auf der Höhe der hydropischen Anschwellung, bald ohne dass sie noch einen bedeutenden Grad erreicht hat, bald nach längerer Anurie, bald zu einer Zeit in der die Harnmenge nicht sehr vermindert ist. Die acuten, vollständig entwickelten urämischen Anfälle zeigen drei Hauptsymptome Schlafsucht, Krämpfe und Irrereden, die in verschiedenem Entwicklungsgrade mit einander combinirt sein können. Je jünger das Kind, um so leichter und um so heftiger können diese Symptome der Urämie auftreten, doch ist im jugendlichen Alter die Gefahr des Anfalles geringer als bei älteren Leuten. Während des Anfalles kann die Temperatur tief fallen oder hoch steigen. Dem Normalen nahestehende Temperaturen sind prognostisch günstiger. Die urämischen Zufälle können auch in einer mehr subacuten Weise auftreten und sich mehrmals während der Krankheit wiederholen. Sie sind im Allgemeinen bei

acuter Nephritis etwas häufiger als bei den chronischen Formen. Ob diese Zufälle mehr auf mechanischem Hirnödem nach Traube oder auf chemischen Bedingungen beruhen, wenn auch nicht auf Harnstoffzersetzung, so doch auf Anhäufung von Harnbestandtheilen im Blute, ist zwar noch strittig. Doch sprechen gerade die Fälle von Urämie bei acuten kurz dauernden Nephritiden wie mir scheint sehr zu Gunsten einer mehr chemischen Auffassung.

Retinitis apoplectica tritt bei acuter Nephritis zwar seltener auf als bei chronischer interstitieller Nierenentzündung, sie fehlt jedoch bei ersterer keineswegs und erweist sich hier auch als heilungsfähig. Einem wie grossen Antheile der Erblindungen besonders nach Scarlatina nun diese Entzündungen und Blutergüsse zu Grunde liegen, wieviele als eigentlich urämisches Symptom oder als anämisches Symptom aufzufassen sind, dürfte erst noch festzustellen sein. Beides kommt offenbar vor und kann mit Sicherheit nur aus dem charakteristischen ophthalmoscopischen Bilde der Retinitis albuminurica unterschieden werden. Völliges und rasches Erblinden wird mehr bei den Formen beobachtet, die von veränderter Blutbeschaffenheit abhängig sind, langsame Abnahme und unvollständiger Verlust des Sehvermögens mehr bei den entzündlich-hämorrhagischen Störungen des Augenhintergrundes.

Der Verlauf der acuten parenchymatösen Nierenentzündung ist für die grosse Mehrzahl der Fälle ein günstiger, der zu voller Genesung führt. Auch Steiner und Neureutter entnehmen ihrem grossen Materiale den Satz, dass der Ablauf der diffusen Nierenentzündungen (Morbus Brightii) ein rascherer und günstigerer sei. Der tödtliche Ausgang ist namentlich zu fürchten bei zuvor schon kränklichen und bei noch sehr jungen Kindern, beim Hinzutritte acuter Entzündungen oder urämischer Symptome, bei Lungen- oder Glottisödem, bei langdauernder Anurie. Der Uebergang in chronische, parenchymatöse Nephritis erfolgt selten, aber er kommt unbedingt vor und ich möchte namentlich hervorheben, dass die nach Scarlatina und Diphtherie aus acuten entwickelten chronischen Nephritiden, selbst wenn sie schon 4—5 Jahre sich hinschleppten, noch vollständige Heilung erzielen lassen. Freilich findet sich, wiewohl noch seltener auch der Uebergang in interstitielle Nephritis vor und dabei hat es mit der Heilbarkeit entschieden ein Ende. —

Behandlung. Jede acute Nephritis erfordert warmes Verhalten, namentlich andauernden Aufenthalt im Bette bis zu vollständiger Beendigung der Krankheit. Dabei Ausschluss aller schweren

und aller die Harnwege reizenden Dinge aus der Diät, die übrigens nahrhaft und reich an Albuminaten sein soll. Spirituosen sind anfangs gänzlich zu versagen, Bier während der ganzen Dauer zu verbieten: bei längerem Verlaufe können später kleine Dosen Rothwein mit Wasser zweckmässig erscheinen. Weder starke Beschränkung des Getränkes noch allzureichliches Trinken ist nützlich.

Von Medicamenten sind im Beginne vorzugsweise solche pflanzensaure Salze angezeigt, die als kohlensaure Alkalien in den Harn übergehen, die zugleich diuretisch und lösend wirken. Dahin gehören Kali aceticum, bitartaricum, Natrokali tartaricum, Natron lacticum, citricum. Bei stärkerer Hämaturie können zwischendurch Secale cornutum, Uva ursi, Tannin gereicht werden. Jemehr der Hydrops entwickelt ist, um so nöthiger ist es durch schweisstreibendes Verfahren die Niere zu entlasten und Wasserausscheidung aus dem Blute zu bewirken. Der erste Rang gebührt unter den dahin zielenden Mitteln den heissen langdauernden Bädern mit nachfolgender Einpackung. Es fällt nicht schwer bis auf 32° R. = 40° C. die Temperatur der Bäder nach und nach zu steigern und durch nachheriges Schwitzen einen Gewichtsverlust von $^1/_2$—$1^1/_2$ Kilo zu erzielen. Zugestehen muss man, dass hie und da unmittelbar nach solchen Bädern Urämie zum Ausbruche kommt und dass einzelne wenige Personen sie schlecht ertragen. Sandbäder sind meist zu schwer zu beschaffen, so dass sie trotz ihrer vielleicht noch grösseren Wirksamkeit und der weit höheren Temperaturen die man damit erzielt, doch seltener in Anwendung kommen können. Unter Umständen muss man sich mit blossen Einwickelungen in Tücher, die in heisses Wasser getaucht sind, begnügen.

Ein zweites treffliches Sudorificum steht uns jetzt zur Verfügung in Form der Pilocarpin-Injectionen. Man spritzt 0,005—0,02 Gr. Pilocarpinum muriaticum in wässeriger Lösung unter die Haut ein. Die gleichzeitig und manchmal stärker erfolgende sialagoge Wirkung macht das Mittel Vielen unangenehm. Doch sind gerade bei hydropischen Kindern recht günstige Erfahrungen damit gewonnen worden. Wo die schweisstreibende Methode versagt, können einzelne tüchtige Dosen von Abführmitteln, Senna, Rheum, Calomel versucht werden. Nur auf die dringendsten Indicationen hin wird man sich zur Anwendung von Scarificationen an den unteren Extremitäten entschliessen, die zwar der Flüssigkeit freien und leichten Abfluss gewähren, aber trotz aller antiseptischen Cautelen bei solchen schwerbeweglichen Kranken die Gefahr der Gangrän mit sich bringen.

Unbedenklicher ist es, wo reichlicher Ascites oder Hydrothorax sich gebildet hat, durch Punktion oder Adspiration die Flüssigkeit zu entleeren. Treten Zeichen von Urämie auf, so sind die Bäder auszusetzen, höchstens können zeitweise Einwickelungen in nasse warme Tücher an ihre Stelle treten, indess der Kopf mit einem kalten Umschlage zu bedecken ist. Beim Auftreten von Krämpfen oder bei aufgeregtem Irrereden sind narkotische Mittel anzuwenden, Chloralklystier, Chloroformeinathmung, Morphiumeinspritzung in entsprechend kleiner Dose. Bei vorwiegendem Coma kommen Reizmittel zur Geltung, schlimmsten Falles subcutane Injectionen von Campher oder Aether. Von der vielfach empfohlenen Salpetersäure habe ich keinen Erfolg gesehen.

II. Nephritis parenchymatosa chronica.

Breite weisse Niere, Fettniere z. Th.

Die grosse Niere mit leicht trennbarer Kapsel, blasser Oberfläche, gelbweisser breiter Rindensubstanz und gerötheten Pyramiden, mit verfetteten, zerfallenden Epithelien in den gewundenen Harnkanälchen geht nicht selten aus der acut entzündeten Niere hervor. Viel häufiger beginnt sie chronisch und entwickelt sich in dieser Weise im Verlaufe verschiedener constitutioneller oder localer Krankheiten, so der Phthise, Scrophulose, der Knochenvereiterung, chronischen Darmcatarrhes und noch verschiedener suppurativer und cachektischer Zustände. Fast sämmtliche Fälle, die Kjellberg von Säuglingen mit Diarrhoe mittheilt, gehören zu dieser Form. Bei Lebercirrhose im Kindesalter finde ich sie mehrfach erwähnt. Sie bleibt meist als solche bestehen und macht nur selten den Uebergang in secundäre Schrumpfung, dagegen tritt sehr häufig in der breiten weissen Niere zugleich Amyloidentartung auf und es ist manchmal bei secundärer Nierenerkrankung Scrophulöser, Phthisischer, Knochenkranker sehr schwer zu sagen ob man es im Wesentlichen mit Amyloidniere oder chronischer parenchymatöser Nephritis zu thun habe.

Manche der Symptome von Seiten des Urins stehen etwa in der Mitte zwischen jenen der Granularatrophie und der acuten diffusen Nephritis. Die Harnmenge ist etwa der normalen gleich und schwankt nicht viel auf- und abwärts, ebenso steht es mit dem spezifischen Gewichte. Die Harnfarbe ist dunkler, oft durch andauernden geringen Blutgehalt röthlich (fleischwasserfarben), oder

durch gelösten Blutfarbstoff etwas ins Grünliche schillernd; lockerer, flockiger oder staubiger Bodensatz besteht aus breiten epithelialen und Faserstoff-Cylindern und verfetteten Epithelien.

Von den übrigen Symptomen tritt am meisten die Haut- und Höhlenwassersucht hervor. Durch den andauernden Eiweissverlust wird die Körperoberfläche blass. Der Druck des ödematösen Unterhautbindegewebes trägt dazu bei diese Blässe zu steigern und die Haut glatt, gespannt und glänzend erscheinen zu lassen. Anfangs sind Gesicht oder Knöchelgegend oder irgend eine zufällig irritirte Stelle der Haut Sitz der Schwellung, später wird die ganze Haut gleichmässig betroffen. Der Höhlenhydrops pflegt verhältnissmässig geringer zu sein. Herzhypertrophie, Urämie, Retinitis kommen ausnahmsweise vor. Die Hauptgefahren liegen hier in dem Anschwellen des Oedem's, in dem Auftreten seröser Ergüsse in inneren Organen, in dem Gangränesciren der stärkst geschwollenen Theile.

Zur Behandlung ist auch hier dauernd warmes Verhalten und reizlose Diät nöthig. Die Kranken sollen fortwährend, wenn auch fieberfrei, zu Bett liegen. Für Kinder wird besonders der Aufenthalt in einer feuchtwarmen Stube von 25° C. empfohlen (Kjellberg). Schwitzbäder sind 2—4male wöchentlich anzuwenden. Bei starkem Hydrops kann auch hier die Pilocarpin-Injection mit Vortheil gebraucht werden. Scarificationen unter möglichsten antiseptischen Cautelen können dreister vorgenommen werden als bei acuten Formen. Wenn episodenweise Hämaturie hervortritt, wie bisweilen nach Bädern, sind vorzugsweise Tannin oder Secale cornutum zu reichen. In der Zwischenzeit verordne man diuretische Mittel, namentlich pflanzensaure Alkalien und Infuse oder Theespezies aus diuretischen Kräutern z. B. Uva ursi, Scolopendrium off., Equisetum, Levisticum, Semina Petroselini, Rosae caninae, Baccae juniperi u. dergl. Zu der längeren Anwendung abführender, namentlich drastischer Mittel möchte ich weniger rathen. Wenn die Prognose auch minder günstig ist als bei acuter Nephritis, so lassen sich doch öfter, wo nicht zu schlimme Grundkrankheiten vorliegen, vollständige Erfolge erzielen.

III. Schrumpfniere.

Granularatrophie der Niere, Nephritis interstitialis.

Gull and Sutton: Med. chir. Transacts. Ser. II. Vol. XXXVII.
Bartels in v. Ziemsen's Handbuch. Vol. IX. S. 371.

Schmitt, Aug.: Morbus Brigthii im Kindesalter. Memorabilien 1874 nr. 12.
Barlow: Jahresbericht von Virchow und Hirsch 1874. S. 271. Bd. II.
Steiner und Neureutter: Die Krankheiten der Harnorgane im Kindesalter. Prag. V.J.Sch. 105 und 106.

Unter den verschiedenen Krankheitsformen, in welche der Symptomencomplex Morbus Brightii zerlegt wurde, ist für das Kindesalter die Schrumpfniere von der geringsten Bedeutung. Sie kommt vorwiegend dem vorgeschrittenen Alter zu und da wieder den Männern mindestens doppelt so häufig als den Weibern. Sie wurde früher als drittes Stadium der diffusen Nephritis beschrieben. Nach manchen Vorarbeiten in England war es bei uns vorzüglich Traube, der 1860 den Anstoss gab zur Lostrennung dieser Form von den übrigen sog. Stadien der diffusen Nephritis und zwar unterschied er zwei besondere Arten derselben, die circumcapsuläre und die interstitielle. Später hat namentlich Bartels zur allgemeinen Ueberzeugung gebracht, dass es sich hier nicht um das Endstadium einer anderen Krankheit, sondern um einen von vorneherein eigen gearteten Prozess handelt.

Gewöhnlich sind die Veränderungen auf beiden Seiten gleichmässig, hie und da auch an einer Niere auffallend stärker entwickelt. Man findet an der Leiche die Nieren in verschiedenem Maasse, selbst bis zum Umfange einer Nuss verkleinert, die Kapsel fest anhaftend, ohne Zerreissung nicht ablösbar, die Oberfläche höckerig uneben, blassroth. Auf dem Schnitte erweist sich die Rindenschicht auffällig verschmälert, diffus in die Pyramidensubstanz übergehend, sehr derb, oft mit vielen kleinen Cysten besetzt. Die Malpighi'schen Knäuel sind verkleinert, verödet von mächtigen geschichteten Bindegewebsmassen umgeben. Auch die Marksubstanz ist blutarm, zeigt Wucherung des Bindegewebes und in verschiedenem Masse Collapsus und Verödung der Harnkanälchen. Mit diesen Veränderungen an dem Nierengewebe zusammen finden sich oft Erweiterung des Beckens, catarrhalische Pyelitis, Hypertrophie des Herzens, Arteriosclerose, mehrfache Blutungen, namentlich an Choroidea und Hirn, Darmcatarrh, Entzündungen der Serosen, der Lunge u. s. w. Die Meinung von Gull und Sutton, dass die Nierenschrumpfung nur Theilerscheinung einer durch fibröse Umwandlung der Arterien und Capillaren charakterisirten Allgemeinerkrankung sei, findet durch das wenn auch seltene Vorkommen der Schrumpfniere bei Kindern eine empfindliche Einschränkung. G. u. S. selbst sahen diese Krankheit bei einem 9jährigen Knaben.

Wie selten die Krankheit im frühen Kindesalter ist, geht namentlich auch daraus hervor, dass Steiner und Neureutter unter 265 Fällen von «Nephritis albuminosa» nur 6male Granularatrophie fanden, dass ferner unter den sämmtlichen 30 von A. Kjellberg veröffentlichten Fällen von diffuser Nephritis nur ein einziger, der 22te, dieser aber auch mit Sicherheit als Schrumpfniere zu deuten ist. Er betrifft ein nicht ganz einjähriges Mädchen. Auch von Aug. Schmitt wurde bei einem 1½j. Mädchen Granularatrophie der Niere anatomisch constatirt, von Barlow bei einem 5jährigen Mädchen. So lässt sich denn doch das vereinzelte Vorkommen dieser Form für das frühere Kindesalter constatiren. Beim Erwachsenen kommen drei Gruppen von Ursachen in Betracht: 1) Stoffe die bei häufigem Durchgange eine chemisch alterirende Wirkung auf das Nierengewebe ausüben, so Blei, Alkohol. Letzteren halte ich namentlich wo er täglich, wenn auch nicht in sehr grossen Mengen, einwirkt für bedeutungsvoll. Bierbrauer, Gastwirthe, Weinhändler, Leute die täglich schöppeln, liefern ein starkes Contingent meiner Kranken. Auch das öftere Zusammenvorkommen mit Lebercirrhose illustrirt diesen Gesichtspunkt. 2) Acute Krankheiten, die mehr durch hohe Temperatur, vielleicht durch chemische Producte, weniger durch corpusculäre Elemente auf die Niere wirken, erzeugen Granularatrophie; so folgt sie bisweilen auf Erysipel, Typhoid, Pneumonie, Intermittens cet. 3) Auch durch an den Harnwegen aufsteigende Entzündungen kann Granularatrophie entstehen. Von vorneherein dürfte man annehmen, dass vorwiegend die zweite dieser Gruppen von Ursachen für das Kindesalter von Bedeutung sei. Doch fehlen vorläufig noch zu sehr die thatsächlichen Anhaltspunkte um über die Aetiologie der Schrumpfniere im Kindesalter mehr zu sagen. Während bei Erwachsenen gichtische Ablagerungen interstitielle Nephritis hervorrufen, scheint der harnsaure Infarkt der Neugeborenen die Niere ohne Schaden zu stiften wieder zu verlassen. — Oeftere Erkältungen und chronische Exantheme sind im früheren Alter als Ursachen beobachtet.

Diese Art von Nephritis zeichnet sich aus dadurch, dass sie Absonderung reichlichen, blassen, dünnen, schwach und zeitweise vielleicht gar nicht eiweisshältigen Harnes verursacht. Eine förmliche Polyurie und Polydipsie kann vorkommen, die an Diabetes erinnert. Der blassgelbe Urin sieht etwas staubig trüb aus und trübt sich auch nachträglich noch. Er enthält nur spärlich hyaline, schmale Cylinder, kein Blut, vielleicht noch einzelne Epi-

thelien aus Harnkanälchen und Becken und einzelnen Rundzellen. Dem reichlichen Harn mit niederem spezifischen Gewichte, der auf eine fortwährende ergiebige Entwässerung des Blutes hindeutet, entspricht der gänzliche Mangel wassersüchtiger Anschwellungen. Durch den fortwährenden Eiweissverlust werden diese Kranken marantisch. Nach Traube's neuerdings viel bestrittener Annahme ist es die Verengerung der Gefässbahn innerhalb der Niere, wodurch der linke Herzventrikel zu starker Hypertrophie gebracht wird. Mir scheint wenigstens vorläufig an Stelle der Traube'schen Ansicht: dass die Blutdrucksteigerung innerhalb des Arteriensystems die Ursache der Herzhypertrophie sei, noch keine bessere geboten zu sein. Von der Hypertrophie des linken Ventrikels hängen in gewissem Sinne ab die Blutungen der Netzhaut, die zu Sehstörungen führen, des Gehirnes, die den Krankheitsverlauf apoplectisch beenden können, selbst die urämischen Anfälle hat man von einem Hirnödem abhängig machen wollen. Andere rechnen diese zu den chemischen Störungen bedingt durch Retention von Harnbestandtheilen im Blute. Aus dem veränderten Blute erfolgen krankhaft veränderte Secretionen. Aus dem Schweisse schiessen Harnstoffkrystalle an der Haut an, harnstoffhältige Secrete werden aus dem Magen erbrochen und im Darme so zersetzt, dass kohlensaures Ammoniak sich bildet und auf die Darmwand als Entzündungsreiz einwirkt. Die Ernährung der Gefässwandungen leidet und es bildet sich oft eine hämorrhagische Diathese aus. Zahlreiche Nervensymptome sind wohl auch zum Theil aus der veränderten Blutmischung zu erklären. Kopfschmerz, Neuralgieen, psychische Störungen, Asthma, partielle Convulsionen können in der Art vorkommen.

Diese Krankheitsform ist ausgezeichnet durch die vermehrte Harnmenge, die selbst von fieberhaften Zuständen wenig beeinflusst wird, durch das niedere spezifische Gewicht des Harnes (1003—1010), durch den geringen, nicht einmal constanten, Eiweissgehalt, die spärlichen morphologischen Elemente die beigemischt sind. Ihr vor anderen kommen Herzhypertrophie, urämische Anfälle und Retinitis apoplectica zu. Sie wird jedoch häufig verkannt, weil sich von dem grossen Heer der übrigen Symptome bald dieses bald jenes auffällig in den Vordergrund drängt. So leidet der eine Kranke vorwiegend an Erbrechen, als ob er ein Ulcus rotundum hätte, der andere an Asthma, das man von seiner geblähten Lunge ableitet, ein dritter wird von Augenärzten zuerst erkannt u. s. w. Zudem ist die Schrumpfniere ungemein combinationsfähig: bei Potatoren

(auch schon im Kindesalter) combiniren sich Nierenerkrankung und Lebercirrhose, nach längerem Bestande der Hypertrophie des linken Ventrikels entwickeln sich linksseitige Klappenkrankheiten, namentlich werden die Aortenklappen öfter durch Schrumpfung ihres Gewebes und Erweiterung ihres Insertionsringes insufficient. Bei Aorteninsufficienz mit Polyurie und etwa noch Albumen im Harn wird man Nierenschrumpfung vermuthen dürfen. Umgekehrt deutet allgemeine Wassersucht bei Nierenschrumpfung auf Complication mit einer Herzkrankheit hin. Oft wird diese Krankheit erst während jener (meist terminalen) Organentzündungen entdeckt, zu denen die mit Produkten des Stoffwechsels überladenen Gewebe so sehr geneigt sind. Sie gehört zu den überaus leicht zu übersehenden und häufig in der That erst spät erkannten Krankheitsformen. Wenn sie hier trotz der geringen Zahl der Beobachtungen, die darüber an Kindern gemacht wurden eine besondere Besprechung findet, so geschieht es, weil ich nicht zweifle, dass es nur allgemeinerer Beachtung und geübterer Unterscheidung dieser Form von den anderen diffusen Nephritiden bedarf, um auch bald eine reichere Casuistik der pädiatrischen Literatur zufliessen zu lassen.

Der Verlauf ist ein sehr chronischer, häufig mehrjähriger. Auch in dem Falle von Barlow betrug er über ein Jahr. Enuresis scheint das früheste Symptom gewesen zu sein zu einer Zeit wo der Urin noch eiweissfrei aber sehr reichlich war. Das Auftreten von Asthma, Netzhautblutungen oder urämischen Zuständen darf als Zeichen gelten einer ungenügenden Compensation der Nierenatrophie durch Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Prognose ist nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse absolut ungünstig; das Einzige ist günstig, dass man auf sehr lange Dauer des Lebens hoffen darf und zwar auf um so längere, je weniger intensive therapeutische Eingriffe gewagt werden.

In der That glaube ich, dass regelmässige Lebensweise, Vermeiden jeder Schädlichkeit, warmes Verhalten, gute, reichliche Ernährung die wichtigsten Mittel darstellen, durch die es gelingt, wenigstens eine Zeit lang den Verlauf befriedigend hinzuziehen. Durch Jodkalium, das ich gerne in einem Infursum uvae ursi nehmen lasse, gelingt es bisweilen den Eiweissgehalt sehr herabzusetzen oder zeitweise zu beseitigen, auch manche subjective Beschwerden sah ich bei dieser Behandlung für einige Zeit sich mindern. Eisenpräparate werden selten gut ertragen. In späterer Zeit sieht man von Digitalis in dreisten Dosen oft vortrefflichen freilich vorübergehen-

den Erfolg. Bei urämischen Convulsionen sind warme Einpackungen, kalte Umschläge auf den Kopf und innerlich Narcotica, namentlich Morphium oder Choralhydrat indicirt.

IV. Amyloidentartung der Niere.

Speckniere, Wachsniere.

S. Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. ed. II. S. 245.

Uhle und Wagner: Handbuch der allgemeinen Pathologie. ed. V. S. 346.

Fehr: Ueber die amyloide Degeneration insbesondere der Nieren. Diss. Bern 1866.

Die Ablagerung des Amyloid's einer stickstoff- und schwefelhältigen eiweissartigen Substanz in der Niere betrifft vorzüglich die feinen Arterien, die Malpighischen Knäuel, doch auch Epithelien und Wände der Harnkanälchen. Die Niere ist gross, ihre Kapsel leicht trennbar, auf dem Schnitte blutarm, wachsartig glänzend. Die Malpighischen Kapseln können als durchscheinende farblose Körnchen makroscopisch sichtbar sein, beim Aufgiessen von Jod und Schwefelsäure färben sie sich, wie die übrigen amyloidentarteten Theile weinroth bis blau. Dazu kommen noch die neuerdings von Jürgensen, Heschl u. A. angegebenen Reactionen mit Anilinfarben. Sehr häufig findet sich die Amyloideinlagerung neben den Veränderungen der breiten weissen Niere vor, während das Vorkommen des Amyloid's in geschrumpfter Niere entschieden als Ausnahme zu betrachten ist.

Als wichtigste Ursachen der Amyloidentartung kommen zur Geltung: Scrophulose, Syphilis, Phthise, langdauernde Eiterungen wie bei Pleuraexsudaten, Knochencaries. Einige Ursachen wie Wechselfieber, Bronchiectasie können sowohl der parenchymatösen wie der amyloiden Entartung zu Grunde liegen.

Die Krankheit verursacht durch fortwährenden Eiweissverlust einen hohen Grad von Hydrämie der sich in blassem, wächsern durchscheinendem Hautcolorit und hydropischen Ansammlungen ausspricht. Sie befällt häufig Leber und Milz gleichzeitig, daher beträchtliche, harte, schmerzlose Schwellung dieser Organe nachgewiesen werden kann. Schon das Amyloid der Leber bewirkt Neigung zu Diarrhöen, die gleichnamige Entartung der Arterien, Zotten und Epithelien des Darmes greift in dem Masse hemmend in die Resorptionsgänge ein, dass hartnäckige Diarrhöen entstehen und

die Anämie wesentlich gesteigert wird. Der Harn ist oft pigmentreich, anderemale blass, der normalen Quantität und spezifischen Schwere nahestehend, reich an Eiweiss und hyalinen Cylindern. Herzhypertrophie und Retinitis hämorhagica stellen sich nie ein, Spannung der Arterien bleibt nieder, urämische Anfälle sind selten. Die wassersüchtige Anschwellung beschränkt sich meistens auf die untere Körperhälfte, Ascites kommt vor, während Pleura und Perikard sich nicht zu betheiligen pflegen.

Die Unterscheidung von acuter parenchymatöser Nephritis und Schrumpfniere fällt in den meisten Fällen leicht. Die Ursachen sind andere, das Verhalten von Leber und Milz giebt oft Aufschluss, Herzhypertrophie kommt bei Amyloid nicht vor, am Harne werden sowohl excessive Verminderung der Quantität und Vermehrung der Schwere wie die entgegengesetzten Verhältnisse d. h. jene Zeichen, die acuter parenchymatöser Nephritis und Schrumpfniere entsprechen, nicht beobachtet. Chemische Reactionen des Harnes die das Vorkommen des Amyloid's in anderweit entarteter, namentlich breiter weisser Niere bestimmter erkennen liessen, fehlen bis jetzt fast gänzlich. Bisweilen färben sich einzelne Cylinder mit Jod und Schwefelsäure blau, man hat mehr Paraglobolin im Amyloidharn gefunden. Die Prognose ist namentlich für das Kindesalter weit günstiger als man gewöhnlich annimmt. Wo die zu Grunde liegenden Krankheiten heilbar sind, lässt sich die Amyloidentartung ziemlich sicher beseitigen. Reichliche Fleischdiät, Gebrauch von Eisen- und Jodpräparaten und wo eigentlicher Hydrops besteht, Schwitzbäder erweisen sich in dem Falle heilbarer Grundkrankheiten ungemein wirksam.

V. Nierenkrebs.

A. Kussmaul: Beiträge zur Anatomie und Physiologie des Harnapparates. Würzb. med. Zeitschrift IV. p. 38.

C. Hennig: Lehrbuch der Krankheiten des Kindes. II. Aufl. p. 455.

Hirschsprung: Ueber den Krebs der Kinder. Ugeskrift for Loeger. 3 R. VI. 8. 27. Auszug in Virchow und Hirsch Jahresb. 1868. II. 658.

S. Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. II. Aufl. p. 403.

Dupon: Du cancer chez les enfants. Thèse Paris 1876.

Kühn: Das primäre Nierencarcinom im Kindesalter. Zwei neue Beobachtungen. D. Arch. f. klin. Med. XVI. 306.

Nach den Angaben Hennig's kommen unter einer Million

Lebender etwa bei 24 Kindern Krebskrankheiten vor. Von diesen werden, der allgemeinen Annahme zufolge, das Auge und seine nächste Umgebung am Häufigsten befallen. Nächstdem pflegt man das Gehirn anzuführen, doch zweifle ich, ob in Zukunft nach Abzug der Gliome diese Ansicht haltbar bleiben wird. Die dritte Stelle im Allgemeinen, die erste unter den Brust- und Unterleibsorganen, nimmt unbestritten die Niere ein. Der Nierenkrebs kommt am Häufigsten im höheren Alter, vom 60. Jahre an, vor. Seine zweitgrösste Häufigkeit erreicht er im Kindesalter, und zwar treffen hier $^3/_4$ der Fälle auf das 2. bis 4. Lebensjahr. Knaben werden etwas häufiger befallen als Mädchen (14 : 10). Das erste Lebensjahr wird keineswegs verschont. So betrifft ein Fall von Möhl ein Kind von 9 Monaten, nach Bednar ist die Krankheit schon bei einem viermonatlichen Kinde beobachtet worden. In einzelnen Fällen wird angegeben, dass eines der Eltern an einer Krebskrankheit gelitten habe (von Franque). Einige Male betraf kurz vor dem Krankheitsbeginn eine Verletzung die Nierengegend. In den meisten Fällen wurde gar keine Ursache nachgewiesen. Unter 24 Fällen, die ich zusammengestellt habe (ausser den bei Kussmaul und Rosenstein erwähnten noch 2 von Drugmond, 1 von Möhl, Faludi, Schuberg, Franque, Retzius, Monti, Ellis), verhielten sich die Erkrankungen beider Nieren, der linken und der rechten, wie 1 : 2 : 3. In den meisten Fällen war die Erkrankung primär, in einigen war es zweifelhaft, ob sie von der Nebenniere, den Retroperitonäaldrüsen oder sonst einem benachbarten Organ ausgegangen sei, einmal war nur die Fettkapsel der Niere, nicht diese selbst betroffen. In secundärer Weise war öfter die Leber und Lunge betheiligt. Häufig war nicht das ganze Organ entartet, sondern ein geringer Rest des Drüsengewebes noch übrig; fast allenthalben wird der Markschwamm und zwar in einer sehr weichen Form als die vorgefundene Krebsart bezeichnet, weit seltener Fungus haematodes. Die Geschwulst der Niere erreichte häufig ein Gewicht von 3, einmal von 6, einmal von 15,5 Kgr., letzteres bei einem achtjährigen Knaben (v. d. Byl). Ausser den Carcinomen müssen hier zugleich die Sarkome betrachtet werden, die sich klinisch nicht wohl scheiden lassen. Unter diesen haben seit dem ersten Funde von Eberth, dem bald der zweite von Cohnheim folgte, die Sarkome mit reichlichem Gehalte an nicht nur ausgesprochen fleischähnlicher, sondern wirklich aus quergestreiften Muskelzellen und Muskelbündeln bestehender Substanz besonders In-

teresse erregt. Sie werden als Sarcoma striocellulare oder Rhabdomyoma bezeichnet. Es ist wahrscheinlich, dass früher manche nicht sehr genau untersuchte Geschwulst als Carcinom bezeichnet wurde, die eigentlich zu diesen Muskel-Sarkomen gehört. Eberth fand unter der Kapsel der normalen Niere Muskelsubstanz vor. Vielleicht giebt dies einen Anhaltspunkt zur Erklärung des patholog. Vorkommens. Manche dieser Fälle scheinen angeboren zu sein und auf einer frühzeitigen Gewebsaberration zu beruhen.

Die erste Erscheinung bildet manchmal Störung der Harnentleerung, häufiges Bedürfniss, Urin zu entleeren, Drängen bei der Entleerung, Gefühl eines Hindernisses, so dass mitunter der Katheter angewendet wurde. Andere Male fiel zuerst die Abmagerung auf oder wurde schon frühzeitig eine Geschwulst im Unterleibe entdeckt. In den meisten Fällen wird Blutharnen beobachtet. Einige Male ganz zu Anfang, einige Male im späteren Verlauf, einmal ist nur ganz vorübergehend Eiweissharnen vorgekommen. Beides, Blut- und Eiweissharnen kann während der ganzen Krankheitsdauer fehlen. Man darf kaum hoffen, bezeichnende Theile der Neubildung im Harne vorzufinden. Eher ist die Abwesenheit jener Gebilde, die für andere Nierenleiden mit öfterem Blutharnen, wie Lithiasis, Pyelitis bezeichnend wären, von diagnostischer Bedeutung. Bald zieht die Anschwellung des Unterleibes die ganze Aufmerksamkeit auf sich, man fühlt, mehr einer Seite angehörend, zwischen falschen Rippen und Darmbeinkamm eine unebene, umfangreiche Geschwulst, die fast gar nicht beweglich ist. Die Nierendämpfung ist vergrössert, aber die Geschwulst ist hauptsächlich von Vorne her tastbar, und reicht mitunter bis zu der vorderen Bauchwand. Der Länge nach über dieselbe oder an ihrem inneren Rande verläuft, einen Streif hellen Schalles bildend, das Kolon. Mitunter ist täuschende Fluctuation vorhanden, selbst so, dass in der Meinung, es handle sich um eine Eierstocksgeschwulst, der Einstich versucht wurde. Die diagnostische Punction und Excision von Gewebstheilen, von Kussmaul zuerst geübt, hat neuerdings viel von sich reden gemacht. Ich kann sie nicht für unbedenklich halten. Während der Unterleib sich immer mehr ausdehnt, magert der übrige Körper ab, und namentlich wo Blutungen stattfanden, gewinnt die Haut ein wachsbleiches Aussehen. Der Tod erfolgt unter verschiedenartigen Enderscheinungen nach einer Dauer von 10 Wochen bis 2 Jahren, meistens von einigen Monaten. Die Prognose ist absolut letal, die medicinische Behandlung kann nur die

Linderung der Beschwerden zum Ziele haben. Da die Erkrankung meist einseitig auftritt, kann bei frühzeitig gesicherter Diagnose primären Nierencarcinom's ohne Metastasen die Exstirpation der Niere in Frage kommen.

In diagnostischer Beziehung ist namentlich hervorzuheben die mögliche Verwechselung mit Eierstocksgeschwülsten und mit angeborenen Cysten des Peritonäums. Eierstocksgeschwülste bewirken vorzeitige menstruale Blutung, liegen mehr nach Vorne in der Bauchhöhle, und haben nicht jene sichere Beziehung zum Kolon, die die Nierengeschwülste ganz allgemein auszeichnet. Cysten des Peritonäums sind freier beweglich, zeigen wahre Fluctuation, machen keine Abmagerung, verlaufen langsamer und bewirken kein Blutharnen. Auch Echinococcen der Niere können ähnliche Symptome darbieten.

VI. Nierenconcretionen.

Virchow: Gesammelte Abhandlungen p. 833 u. f.
E. Martin: Ueber das Vorkommen des Harnsäure-Infarktes bei Neugeborenen. Jen. Ann. 1850. II. 1.
Willis: Die Krankheiten der Harnorgane. Deutsch von Heusinger. Eisenach 1841.
Rosenstein: Nierenkrankheiten. II. Aufl. p. 424.
Gmelin: Ueber die Bildung von Nierensteinen bei Kindern. Württemb. Corresp.-Bl. 1859. 27. Schmidt's Jahrb. CVII. p. 64.
Heyfelder: Studien im Gebiete der Heilwissenschaft. Bd. II. S. 209.

Nierensteine kommen schon im Fötalleben vor; Wöhler hat einen harnsauren Stein derart analysirt. Ihr sonstiges Vorkommen ist an kein Alter gebunden, aber im kindlichen am Häufigsten beobachtet, besonders zwischen 3tem und 7tem Jahr. Knaben sind viel häufiger damit behaftet. Auffallend oft finden sich schon bei Säuglingen stecknadelkopf- bis erbsengrosse, rundliche Harnsäureconcremente im Nierenbecken vor. Man ist genöthigt, dieselben mit Harnsäure-Infarct der Neugeborenen in Beziehung zu bringen, wie dies auch schon von Virchow, Martin und Hodann geschehen ist. Nierensteinbildung wird ausserdem begünstigt 1) durch unbekannte endemische Verhältnisse. Wir hatten in Thüringen einen solchen Herd der Steinbildung im Altenburger Ostkreise, wo Geinitz seine Beobachtungen sammelte und einen zweiten in Weida, woher den jenaer Kliniken die meisten Fälle von Nieren- und Blasensteinen zukommen. Bekannt ist eine grosse steinreiche

Zone in Russland, ein bestimmtes Gebiet der schwäbischen Alp, auch eines in Ungarn, dessen Früchte z. Th. Bokai erntete. 2) Bestimmte Formen der Ernährungs- und Lebensweise disponiren zur Steinbildung, so diejenige, welche die Anlage zur Gicht begründet zu harnsauren, die entgegengesetzte exclusiv vegetabilische zu oxalsauren Concretionen. Damit hängt auch die Vererbung der Neigung zur Steinkrankheit zusammen speziell z. B. zur Bildung harnsaurer oder cystinhältiger Steine. 3) Krankheiten die auf längere Zeit die Wasserabsonderung durch die Niere vermindern, die Körperbewegung beschränken und etwa noch die Sauerstoffaufnahme Seitens des Blutes vermindern, disponiren zur Bildung harnsaurer Steine. Ich rechne hierhin die bei längerer Dauer von Herzkrankheiten nicht selten auftretenden Steinbeschwerden, diejenigen bei subacuten Rheumatismen mit starken Schweissen, endlich eine Form, die das Kindesalter speciell angeht, die bei oder nach chronischen Diarrhöen. 4) Chronische Krankheiten der Harnorgane, die alkalische Zersetzung des Harnes innerhalb der Harnwege bewirken, veranlassen die Bildung von Tripelphosphatsteinen.

Die Nierensteinbildung im Kindesalter lässt sich nicht besprechen, ohne auf den harnsauren Infarkt der Neugeborenen zurückzugehen. Dieser findet sich in den Leichen zwischen dem 2. und 20. Tage verstorbener Kinder regelmässig vor, fehlt dagegen in den Leichen faultodtgeborener Früchte. Er stellt eine orangefarbene bis hellrothe Streifung der Spitzen und der unteren Hälfte der Pyramiden der Niere dar, die mikroskopisch betrachtet aus Säulen harnsaurer, krystallinischer Salze besteht. Bei Säurezusatz schwinden diese Krystalle und jene der Harnsäure treten auf. Nieren, die solchen Infarct reichlich führen, zeigen sich hyperämisch und nicht selten mit kleinen oder grösseren Extravasaten durchsetzt. Vielleicht rührt daher der von Charcelay bei hydropischen Neugeborenen nachgewiesene Eiweissgehalt des Harnes. Man hat durch Virchow gelernt, den Infarct als Folge der mit der Geburt erfolgenden Revolution in der Function der Organe und als Zeichen des Geathmethabens zu betrachten. Virchow bezeichnet sehr schön die Harnsäure als eine Art Frühgeburt des Harnstoffes, man darf nach den Untersuchungen von Bartels hinzufügen: Frühgeburt in Folge ungenügender Respiration. In dem Zeitraume, in dem die Placentarrespiration unterbrochen ist, die Lunge aber noch ganz oder theilweise atelektatisch ist, macht jeder Neugeborene eine Periode ungenügender Sauerstoffzufuhr durch. Diese und vielleicht

auch noch die einige Stunden unterbrochene Wasserzufuhr, die den Harn concentrirter macht, ist geeignet, die Bildung und Ablagerung so bedeutender Harnsäuremengen zu erklären. Fälle, wie der von Hoogeweg, wo das $3^3/_4$ Stunden vor der Geburt gestorbene Kind Infarct hatte, können ihre Erklärung finden in theilweiser Unterbrechung der Placentarverbindung, also intrauteriner Dyspnöe. Der Infarct wird bis zum 20., höchstens 40. Tage durch den wasserreichen Harn theils gelöst, theils weggespült, er findet sich in Körnchen in der Blase und in den benetzten Windeln. Solche Körnchen können aber auch im Nierenbecken und den Kelchen liegen bleiben, und wo der Harn weniger wasserreich wird, wegen Atelektase, Diarrhöe, Herzfehlern, den Krystallisationskern abgeben für Nierensteine. Heusinger bringt diese in Beziehung zu Tabes mesaraica, einem Leiden, das gewöhnlich durch Diarrhöe sich äussert, Henoch beschreibt einen Fall, in dem 5 Wochen zuvor Brechdurchfall da war, mir sind eine Reihe von Fällen bekannt, in welchen chronischer Durchfall vorausging, Bartels hebt auch noch von Erwachsenen hervor, dass Säurebildung in den ersten Wegen die Ausscheidung harnsaurer Sedimente fördere, kurz, ich zweifle nicht, dass chronischer Darmkatarrh eine Hauptursache der Nierensteinbildung bei Säuglingen ist.

Harnsaure Steine sind von gelbrother Farbe, porösem, erdigem Ansehen, lockerem Gefüge, oft von Form dreiseitiger Pyramiden, Räucherkerzen ähnlich. Sie lösen sich in kaustischen Alkalien, schon Kohlensäure fällt daraus Harnsäure. Ein Stückchen mit Salpetersäure auf einer Glasplatte eingedampft, hinterlässt gelbrothen Rückstand, der sich mit Ammoniak oder Kalilauge roth oder violett färbt (Muroxidprobe). Der Harn führt tonnen- oder wetzsteinförmige gelbe Harnsäurekrystalle, oder gelbe Säulen oder Rosetten harnsauren Natrons, oder wenn alkalisch, gelbe morgensternähnliche Kugeln harnsauren Ammoniaks.

Steine aus oxalsaurem Kalk sind grau, rauh, zackig, oft maulbeerartig uneben, wandeln sich im Glühen in kohlensauren Kalk um, der in Salzsäuren unter Aufbrausen sich löst; daraus fällt wieder oxalsaures Ammoniak octaederförmige, farblose Krystalle, wie sie sich auch im Harn dieser Steinkranken finden.

Cystin bildet gelbliche, durchscheinende Steine, die sich an der Luft grün färben, brennt mit bläulicher Flamme, giebt mit alkolischer Bleioxydlösung Schwefelreaction. Der Harn enthält Sediment von zierlichen sechsseitigen Tafeln.

Xanthin liefert gelbbraune, den harnsauren ähnliche Steine, und zeigt anstatt der rothen bei der Muroxidprobe nur gelbbraune Färbung.

Phosphorsaure Magnesia-Ammoniak schlägt sich nur aus alkalischem Harn nieder, bildet weisse, lockere, sandige Concremente, die sich

in Säuren lösen, durch Ammoniak wieder gefällt werden. Der Harn enthält als Sediment grosse, farblose, dreiseitige Prismen, Sargdeckel-, Briefcouvert-Formen, die bei Säurezusatz verschwinden.

Gewöhnlich finden sich diese Steinchen als unerwarteter Sectionsbefund, kein Zeichen hatte am Lebenden darauf hingedeutet. Bisweilen sind sie aber auch die eigentliche Todesursache. Gmelin hat dies zweimal beobachtet. In der Mitte liegen die Fälle, in welchen häufiger Drang zum Harnlassen, Schreien bei der Urinentleerung, stundenlanges schmerzliches Schreien ohne Ursache, im Zusammenhalte mit öfterem Abgange von Sand, Gries und kleinen Steinchen die Diagnose ermöglichen. Der Reiz des Concrementes im Ureter kann Reflexkrämpfe verursachen in Form eklamptischer Anfälle oder tonischen Krampfes einzelner Muskelparthieen. Kjelberg hat bemerkenswerthe Beispiele dafür beigebracht, dass durch Nierengries Blut- und Eiweiss-Gehalt des Harnes bedingt werden kann. Besonders wenn diese Bestandtheile nach rascherer Körperbewegung erscheinen, können sie auf Lithiasis bezogen werden. Nephropyelitis als Folgekrankheit kommt selten zur Geltung, sie tritt weniger als eitrige auf, als leichte katarrhalische Form kann sie bei den Sectionen regelmässig nachgewiesen werden. Manche Polyurie im Kindesalter mag bei genauem Nachforschen so ihre Erklärung finden. — Auch mit einzelnen Formen von Kinderlähmung lässt sich Nierensteinbildung in Zusammenhang bringen. — Endlich können die Steine, aus der Niere in die Blase gelangt, dort liegen bleiben und wachsen. In diagnostischer Beziehung ist besonders die mikroskopische Untersuchung des Urinsediments von Bedeutung. Der häufige Befund von Krystallen ein und derselben Art, namentlich von Faserstoffschollen oder Gewebstrümmern mit Krystallen besetzt, kann dazu berechtigen, vorhandene Nierensymptome auf Lithiasis zurückzuführen.

Die Therapie wird, wo es sich um harnsaure Ausscheidungen handelt, vorzüglich von reichlichem Getränke und von Alkalien, namentlich kohlensaurem Lithion in öfteren kleinen Dosen (Gr. 0,02—05), Gebrauch machen. Auch die alkalischen und Lithionhältigen Mineralwasser können schon im Kindesalter Anwendung finden, so Wildungen, Vichy und Weilbach, Assmannshausen. — Diarrhöen sind sorgfältig zu beseitigen, bei älteren Kindern ist überwiegend vegetabilische Diät anzuwenden. Treten Convulsionen ein, so sind laue Bäder, Morphium, Chloralhydrat anzuwenden. Bei anämischen Kranken leistet Eisenchlorid gut Dienste.

VII. Congenitale Nierenwassersucht.

Virchow: Ueber congenitale Nierenwassersucht. Verhandlungen d. Würzb. phys.-med. Gesellsch. V. p. 447.

Verschluss, Mangel oder Verengerung irgend eines Theiles des Harnapparates von den Harnkanälchen an bis zur Mündung der Harnröhre hat die Erweiterung der rückwärts liegenden Theile zur Folge. Tritt durch fötale Entzündung Verschluss der geraden Harnkanälchen ein, werden dieselben von harnsaurem Infarct verstopft (Virchow), oder ist ein ursprünglicher Defect derart vorhanden, dass Nierenbecken und Kelche nicht gebildet sind (W. Koster), so erklärt sich die blasige Ausdehnung der Harnkanälchen und Malpighi'schen Kapseln leicht, welche die Cystenniere darstellt. In diesen Fällen werden die nach der Peripherie zu liegenden Theile des Harnapparates klein und leer gefunden. Namentlich gilt dies von der Harnblase. Die Cystenniere kann aber auch durch sehr vollständigen Verschluss entfernterer Theile der Harnwege entstehen, z. B. Mangel eines Theiles der Urethra (L. Lehmann). Dann findet sie sich neben enormer Erweiterung der Blase, Ureteren und Nierenbecken vor. Die Nieren finden sich in umfangreiche, blasig-höckerige Geschwülste umgewandelt, die fast keine Drüsensubstanz mehr enthalten, den oberen Umfang des Bauches und den unteren der Brust so erweitern, dass dadurch ein nur durch Punction oder Zerstückelung zu überwindendes Geburtshinderniss entsteht, und das Diaphragma so in die Höhe drängen, dass die Einleitung der Respiration unmöglich wird. Die Missbildung fand sich mehrmals bei mehreren Kindern einer Mutter, selbst wenn dieselben aus zwei verschiedenen Ehen stammten. Die Ursache muss also im mütterlichen Körper zu suchen sein. Viele dieser Kinder wurden zu früh geboren, alle starben während oder kurz nach der Geburt. Eine Anzahl derselben war noch mit anderen Missbildungen behaftet, namentlich kommt darunter Hydrocephalie öfter vor.

Angeborene Hydronephrose stellt eine Erweiterung des Nierenbeckens und des oberen Theiles des Ureters dar, bei der die Nierensubstanz bis zu einer dünnen den entsprechenden Theil der Geschwulst überziehenden Rinde atrophirt ist. Sie kommt meist ein-

seitig vor, bedingt durch Verengerung, seltener Verschluss eines Theiles des harnleitenden Apparates. Sie verträgt sich mit längerer Dauer des Lebens und kann durch Hypertrophie der Drüsensubstanz der anderen Niere allmählig compensirt werden. Erkennbar wird sie nur durch stärkere Wölbung, Fluctuation und ausgebreitete Dämpfung in der einen zugleich unschmerzhaften Nierengegend.

Wo das Leben bei congenitaler Hydronephrose einige Zeit erhalten bleibt, kann der Versuch der Punction gemacht werden. Es existirt ein Heilungsfall von Hillier, der bei einem 4jährigen Knaben wiederholt den Troicart in Anwendung brachte.

VIII. Paranephritis.

V. P. Gibney: Perinephritische Abscesse im Kindesalter. The amer. journ. of obstetr. Apr. 1876. Jahrb f. Kinderheilk. X. 416.

A. Rosenberger: Die abscedirende Paranephritis. Würzburg 1877. S. 58.

Löb: Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. Bd. VIII.

Die Entzündung des fettreichen Bindegewebelagers der Niere tritt meist einseitig auf und nimmt in den erkennbaren Fällen den Ausgang in Vereiterung, indem sie zur Bildung eines die Niere ganz oder theilweise umspülenden Abscesses führt. Dieser kann in das Colon (Fall von Löb) oder durch das Diaphragma oder in das Cavum peritonei durchbrechen, am häufigsten jedoch bahnt er sich trotz der dicken Muskelschichten einen Weg durch die hintere Bauchwand nach aussen. Auch da kann noch der Tod durch Urämie oder Pyämie eintreten (Fall von Duffin) oder es kann eine Urinfistel jahrelang zurückbleiben (beobachtet von Rosenberger), in der grossen Mehrzahl der Fälle führt jedoch die rechtzeitige Eröffnung des Abscesses in der Lendengegend zur Heilung. So wurden von Gibney 9 Beobachtungen von Kindern im Alter von 1½—10 J. veröffentlicht, die sämmtlich in Zeit von 2—6 Monaten zur Heilung gelangten, ebenso theilte Green einen Heilungsfall mit, der ein 13jähriges Mädchen betraf.

Als Hauptursache stellen sich traumatische Einwirkungen dar, die ziemlich lange dem Ausbruche der Krankheit vorangegangen sein können. Namentlich Stoss oder Schlag in die Lendengegend kommt in Betracht, auch starke Körperanstrengungen. Viele Fälle sind secundärer Natur, von Nierenabscess oder Pyelitis ausgehend. Auch Reizungen entfernterer Theile der Harnwege scheinen sich nach dem Bindegewebslager der Niere fortleiten zu können (Fall

von H. Green). Bei Erwachsenen ist auch die Entstehung der Krankheit von der Wirbelsäule, von der Gallenblase aus beobachtet. Endlich kann Paranephritis als Nachkrankheit schwerer acuter Infectionen (Typhus, Pocken) auftreten. Unter den Symptomen pflegt zuerst Schmerz in der Lendengegend aufzutreten. Er ist dumpf, drückend, bisweilen stechend, meist andauernd. Früher oder später gesellt sich Fieber hinzu, das bald mehr einen continuirlich remittirenden bald einen ganz unregelmässigen Typus zeigt. Auf tiefe Remissionen oder fieberfreie Tage folgen öfter Fröste mit hohen Wärmegraden. Auch eine irreguläre Quotidiana intermittens ähnlich der bei Phthisikern kommt öfter vor. Mit dem Schmerz steht öfter zwangsweise halbe Beugestellung in Hüfte und Knie, Auftreten mit der Fussspitze in Verbindung. Auch Oedem und Taubsein im Bein kommen vor. Oder die Kranken liegen nach der gesunden Seite geneigt, nach der kranken gekrümmt im Bette. Der Urin ist fieberhaft hochgestellt, aber ohne Eiterbeimengung. Der Stuhl ist oft angehalten (Compression des Colon's?). Nach zwei oder mehreren Wochen erscheint bei dem durch Fieber und Schlaflosigkeit schon sichtlich heruntergekommenen Kranken eine flache, schmerzhafte Auftreibung in der einen Lendengegend. Sie ist druckempfindlich, zeigt dumpfe Fluctuation, wird heiss, die Haut röthet sich, die Fluctuation tritt stärker hervor. —

Man kann im Beginne durch Abführmittel, örtliche Blutentziehung, kalte Umschläge die Entzündung bekämpfen. Sobald die Geschwulst erscheint ist die Anwendung von Cataplasmen am Platze. Sind die Schmerzen heftig und die Fluctuation noch undeutlich, so kann man sich mittelst der Paravaz'schen Spritze überzeugen, ob schon Eiter vorhanden ist. Die Eröffnung hat unter allen Cautelen antiseptischer Methode stattzufinden, ebenso die Nachbehandlung. Die Wunde muss fleissig mit Carbolsäurelösung ausgespritzt werden. Unter Umständen ist eine Drainröhre einzulegen. Für frühzeitige Eröffnung ist bestimmend die Absicht, etwaigem Durchbruche in anderer Richtung und dessen weit ungünstigeren Folgen vorzubeugen.

IX. Echinococcus renis.

Neisser: Die Echinococcen-Krankheit. Berlin 1877. S. 172.
Archambault: Kyste hydatique de l'Abdomen chez un enfant de sept ans. L'union med. 7, 8 u. 10. 1876.
Simon: Die Echinococcen der Niere. Herausgeg. v. Braun, Stuttg. 1877.

Die thierische Wasserblase, in welche sich die gewanderten Embryonen der Taenia echinococcus umwandeln, kommt hie und da auch bei Kindern in der Niere vor. Sie verursacht umfangreiche kugelige Geschwulstbildung, die neben den Kennzeichen der Nierengeschwulst kleinwellige, schwirrende Fluctuation erkennen lassen kann, das sog. Hydatidenschwirren. Das Ergebniss der Punction solchen Tumors kann bezeichnend sein, wenn eiweisslose, sehr dünne, leichte, zucker- oder bernsteinsäurehältige Flüssigkeit geliefert wird, oder wenn Köpfe, Hacken oder Tochterblasen mit herauskommen. Nierenechinococcus bricht verhältnissmässig oft in das Nierenbecken durch, so dass es zu Anfällen von Nierenkolik kommt, die mit Entleerung von Tochterblasen durch die Urethra enden. Auch in der Niere hat die Hydatidengeschwulst während einer langen Periode ihres Wachsthums soviel wie keinen Einfluss auf die Gesammternährung des Körpers. Spontanheilung durch Absterben und Schrumpfung des Sackes um seinen eingedickten, verkalkenden Inhalt oder durch Verödung nach perforativer Entleerung des Inhaltes in das Nierenbecken, Colon u. s. w. liegt sehr im Bereiche der Möglichkeiten.

Wird die Diagnose gestellt und drängen die Beschwerden zum Eingriffe, so ist die Incision in zwei Zeiträumen oder mehrfache Punction nach Simon zu empfehlen. Beide bezwecken die Höhle so frei zu legen, dass der Balg entfernt und gründliche Ausspülung vorgenommen werden kann. —

X. Krankheiten der Nierengefässe.

a. Embolie der Nierenarterie.

B. Cohn: Klinik der embolischen Gefässkrankheiten. Berl. 1860. p. 569.

Die Embolie eines Astes der Nierenarterie ist Folge von Herzthrombose, linksseitiger Endokarditis, chronischer Pneumonie mit Schrumpfung der Lunge und Lungenvenenthrombose, selten auch von Bronchialdrüsenentzündung und Perforation des käsig-eitrigen Heerdes in eine Lungenvene. Sie hat die Bildung eines keilförmigen, mit seinem breiteren und deutlicher destruirten Theile der Corticalis angehörenden Infarctes zur Folge, der später schrumpft und mit Hinterlassung eines gelbweissen eingezogenen Knotens heilt. In die linke Niere wandern häufiger Pfröpfe ein.

Die Zeichen am Lebenden sind: plötzlicher Schmerz in der Ge-

gend der einen Niere, bisweilen percutorisch nachweisbare Vergrösserung derselben, Verminderung der Harnmenge um ein Beträchtliches, plötzlich auftretender oder sich steigernder Eiweiss- und Blutgehalt des Harnes, der nach wenigen Tagen sich vermindert und wieder verschwindet. Finden gleichzeitig Embolieen in anderen Körperarterien Statt, so liegt darin ein bestätigendes Moment.

Die Behandlung beschränkt sich auf Anordnung absolutester Körperruhe, kalter Umschläge oder örtlicher Blutentziehung in der Nierengegend und adstringirender Mittel, wie Tannin, Plumb. acet., Ferr. sesquichlorat. innerlich. Von Seiten der Niere droht in der Regel keine wesentliche Gefahr, wohl aber von Seiten der Kreislaufs- und Athmungsorgane.

b. Thrombose der Nierenvene.

O. Beckmann: Ueber Thrombose der Nierenvene bei Kindern. Verhandlungen der Würzb. phys.-med. Gesellschaft.

P. Pollak: Ueber Nierenblutung im Säuglingsalter, eine Nachkrankheit des Darmcatarrhes. Wien med. Presse 1871 n. 18.

Bei Säuglingen, die durch Brechdurchfall marantisch geworden waren, beobachtete Beckmann 10mal, bei Neugeborenen Rayer 2mal Thrombose der Renalvene. Die linke Vene ist häufiger betroffen, der Pfropf kann sich bis zur Einmündung der Lebervenen in die Cava inf. fortsetzen. Die Niere zeigt sich blutüberfüllt, besonders an der Basis der Pyramiden und dem Uebergange derselben in die Rinde. — Thrombosen kleinerer Wurzeln der Nierenvene finden sich, durch Druck verursacht, bei diffuser Entzündung, Carcinom und Amyloidentartung der Niere. Nach den Angaben von Pollak darf man annehmen, dass Säuglinge, die icterisch werden nach vorausgegangener Diarrhöe und eine beträchtliche Verminderung der Harnmenge erfahren, indess das spezifische Gewicht des Harnes höher wird und Gehalt an Blut, Eiweiss und Cylindern mit Blutkörperchen auftritt, an Nierenvenenthrombose leiden. P. sah zwei Genesungsfälle unter 12 F. Die Therapie ist auf Unterhaltung der Ernährung und Stützung der Kräfte zu richten.

XI. Vulvo-Vaginitis.

Fr. J. Behrend: Ueber die Entzündung der äusseren Geschlechtstheile bei kleinen Mädchen. Journ. f. Kinderkrankh. X. 25.

H. v. Düben: Ueber Vulvovaginitis. ibid. XXVI. 221.

Während die Krankheiten der inneren Genitalien in diesem

Alter wenig vertreten sind, zeigen sich die äusseren Schamtheile und der untere Abschnitt der Vagina einer Reihe theils schmerzhafter, theils gefährlicher Erkrankungen ausgeseszt, welche nicht allein in diagnostischer und therapeutischer, sondern auch in forensischer Beziehung Interesse erregen. Dieselben zeigen insgesammt den entzündlichen Charakter und verbreiten sich gemeinhin gleichzeitig auf beide erwähnten Localitäten. Sie sind namentlich von Behrend übersichtlich und praktisch dargestellt worden; im Anschlusse an dessen Arbeit lassen sich unterscheiden: die erythematöse, phlegmonöse, diphtheritische und gangränöse Form, dann die exanthematischen Entzündungen dieser Theile. — Die erstere (Vulvo-Vaginitis catarrhalis) findet sich oft schon bei Neugeborenen, in welchem Falle freilich deren Ursachen kaum allgemeiner Deutung fähig sind, weit häufiger aber entsteht sie bei älteren Mädchen in Folge von Unreinlichkeit, Anhäufung zersetzter Talg- und Schleimdrüsensecrete, Epithelien, von Aussen hinzugetretener Schmutzmassen, Leinwandfasern und dergleichen, dann nach Erkältungen, nach mechanischen Reizungen, wie solche namentlich durch Jucken an den Genitalien, durch Hinüberkriechen der Oxyuris vom After her, durch Stuprum violentum und noch durch mancherlei andere zufällige Einflüsse veranlasst werden. Die specielle Veranlassung des Uebels bedingt hie und da acute Eintrittsweise, in den meisten Fällen entwickeln sich die Beschwerden allmählig, werden im Anfang wenig berücksichtigt, vielleicht gar verschwiegen, und steigern sich erst nach einiger Zeit so weit, dass sie ernstlich beachtet werden. Am Frühesten tritt Schmerz, Gefühl von Brennen und Hitze, Jucken an den Genitalien ein; dieses Brennen steigert sich bei jeder Berührung, bei Körperbewegung und bei der Entleerung des Urines, und erreicht bisweilen solche Heftigkeit, dass es den Schlaf stört. Nach einiger Zeit findet man die Labien geschwellt, die Vulvar- und Vaginalschleimhaut stärker injicirt, hie und da erodirt, heiss, und reichliche dünnschleimige, weissgelbe Flüssigkeit secernirend, die, wenn nicht entfernt, auf der Aussenfläche der Genitalien zu hellgelben dünnen Krusten eintrocknet. Nur bei bedeutender Intensität des Entzündungsprocesses gesellt sich erhebliches Fieber, oft dagegen eine leichte Störung des Allgemeinbefindens: Missbehagen, Aergerlichkeit, Verminderung des Appetites u. dergl. hinzu. Nur in hochgradigen vernachlässigten oder äusseren Schädlichkeiten sehr ausgesetzten Fällen kommt es zur sympathischen Schwellung oder selbst Eiterung der Leistendrüsen. — Dieses Leiden endet in

wenigen Tagen, höchstens einer Woche mit Genesung, oder es geht in eine chronische hartnäckigere Form über, indem die Anschwellung, Hitze und Röthung der erkrankten Theile sich vermindern, dagegen die Schleimhaut — mässig hyperämisch oder blass — aufgelockert bleibt und fortwährend zellenreiches Secret liefert. Pilzbildung, und zwar Soor der Vaginalschleimhaut kommt im Zusammenhange mit leichteren Katarrhen öfter vor. — Die Prognose ist günstig, jedoch zu berücksichtigen, dass bei schwächlichen Individuen die Krankheit zu hartnäckigem Verlaufe geneigter erscheint. Die Behandlung richtet sich zunächst, wo solche nachweisbar und zugänglich sind, gegen die Ursachen der Erkrankung. Sowohl zu diesem Zwecke (zur Entfernung von Unreinlichkeiten), als auch um die Theile der Untersuchung zugänglicher zu machen, ist Bad oder Waschung mit lauwarmem Wasser am Platze. Man wird sodann alles Jucken und Greifen nach den Genitalien untersagen, etwa vorhandene Madenwürmer abtreiben, kurz nach Ursachen forschen und deren öftere Einwirkung abhalten. In frischen und heftigen Fällen ist für grösste Ruhe des Körpers, Aufenthalt im Bette, Restriction der Diät zu sorgen und gelinde antiphlogistisches Verfahren einzuleiten: Entleerung des Darmes durch gelinde Abführmittel oder Klystiere, Application kalter Umschläge auf die entzündeten Theile. In vielen Fällen werden Ruhe und kalte Umschläge, in den leichtesten öfteres Reinigen der Theile genügen. Weicht der Schmerz, ohne dass der Ausfluss ganz aufhört so sind Adstringentien angezeigt in Form von Einspritzungen oder Fomentationen, womit zugleich die Entfernung des Secretes bewirkt wird. Zu diesem Zwecke sind Aqua Goulardi, Lösungen von Alaun, Zink, Höllenstein, adstringirende Pflanzendecocte geeignet. Unter Umständen kann es förderlich sein, bei chronischem Vulvarkatarrh zugleich Roborantia innerlich zu reichen.

Seltener als die vorangegangene ist die Vulvo-Vaginitis phlegmonosa. Sie kann aus vernachlässigten, oder misshandelten Formen der vorigen oder unter intensiverer und längerer Einwirkung derselben Ursachen entstehen; doch findet man sie in acuterer Form am Häufigsten bei gesunden kräftigen Mädchen nach traumatischen Einwirkungen, in chronischer bei Scrophulösen nach geringfügigen Ursachen, bisweilen ohne nächste Veranlassung. Auch hier Schmerzen an den Genitalien, stärkere Secretion der Schleimhaut und Störungen des Allgemeinbefindens. Allein der Ursprung ist bei der acuten Form markirter, die Symptome ausgesprochener,

der Beginn fieberhaft oder doch bald Fieber hinzutretend, im weiteren Verlaufe selbst Fröste. Die Schmerzen nehmen an Intensität zu, fixiren sich mehr an einzelnen Stellen, werden stechend oder klopfend; die Schleimhat schwillt, wölbt sich an einzelnen Puncten vor, wird überaus empfindlich, weit häufiger als bei der vorigen Form treten Leistendrüsengeschwülste hinzu. Allmählig stellen sich Symptome eines unter der Schleimhaut gelegenen Abscesses ein, nach deren Eröffnung in der Regel alle Symptome rasch rückgängig werden. Die chronische Form ist vorzüglich darin begründet, dass der Abscess, nachdem er sich eröffnet hatte, sich unter dem Einflusse einer schlechten Constitution in ein schlecht eiterndes, zur Unterminirung der Schleimhaut und Fistelbildung geneigtes Geschwür mit blaurothen, hyperämischen Rändern umwandelt, dessen Fortbestand sich lange hinausziehen und fortwährend Reizung der umgebenden Theile bedingen kann.

Auch bei dieser Form ist die Prognose im Ganzen eine günstige und die Therapie in der Regel erfolgreich. Im Beginne und bei kräftigen Individuen sind auch hier örtliche Antiphlogose und leichte Ableitungen auf den Darmkanal (Rheum, Ol. Ricini, Mittelsalze) zulässig. Sobald die Tendenz zur Suppuration klar wird, ist unter Beibehaltung von Ruhe, Diät und grösster Reinlichkeit ein erweichendes Verfahren in Gang zu setzen, wozu sich Bäder und Kataplasmen am Meisten empfehlen. Diese Mittel sind auch nach Eröffnung des Abscesses noch fortzusetzen. Der chronischen Form gegenüber sind innerlich tonisirende und antiscrophulöse (Ol. jecoris, Eisen, Jod), örtlich umstimmende Mittel (leichte Kauterisationen, Fomentationen), dann die gewöhnlichen chirurgischen Grundsätze in Anwendung zu ziehen, demnach z. B. Fistelgänge bald zu spalten etc.

Diphtheritische Exsudate finden sich sowohl in einer mehr unabhängigen, gutartigen Form auf kleinen Flecken der Schleimhaut eingestreut, als auch in einer bösartigen Form, die der Ausdruck einer Neigung zu diphtheritischen Entzündungen in Folge von Infection des Blutes ist, mit anderweitigen diphtheritischen Exsudationen zusammenfällt und sich auch öfter als Nachkrankheit acuter Exantheme, als Verlaufsstörung im Typhus findet. In diesem Falle zeigen sich weisse, festanhaftende, etwas erhabene inselförmige Auflagerungen, mehr weniger über die Schleimhaut verbreitet, besonders an der Innenfläche der grossen Labien. — Ihre Ränder sind hyperämisch umsäumt, die Schleimhaut im Ganzen geschwollen und

stärker secernirend, schmerzhaft. — Der Eintritt der Krankheit ist in den meisten Fällen von lebhaftem Fieber begleitet, das auch später noch andauert. Im weiteren Verlaufe werden die weissen oder weissgelben Schorfe mürber, dunkler gefärbt, gewinnen ein zerrissenes, fetziges Aussehen, lösen sich unter Eiterung allmählig und hinterlassen gelbbelegte, leicht blutende, oberflächliche Geschwüre, die noch einige Zeit sich vergrössern oder schon nach kurzer Zeit unter Nachlass des Fiebers, Eintritt gutartiger Eiterung und Granulationsbildung heilen, indess gleichzeitig die umgebende Schleimhaut zu normalen Verhältnissen zurückkehrt. — Prognose und Behandlung wechseln nach der rein örtlichen gutartigeren oder der constitutionellen Erkrankung. Im einen Falle genügen Kauterisationen mit Lapis, welche das croupöse oder diphtheritische Exsudat zerstören, und Fomentationen oder Waschungen mit warmem Wasser, Kamillenthee u. dergl. im Beginne, später mit Aqua Goulardi oder schwachen Lapislösungen, die die Ueberhäutung der granulirenden Geschwüre beschleunigen. — Der zweiten Form sind allgemeine roborirende und antiseptische Behandlung mit Wein, China, Säuren, dann örtliche energische Kauterisationen mit Argent. nitricum, Acidum muriaticum, nitricum u. dergl. entgegenzustellen, damit nicht nach Loslösung des Schorfes Uebergang in Gangrän erfolge.

Diese, die Vulvo-Vaginitis gangraenosa, eine der Formen orificieller Gangrän (vergl. S. 427) kommt ausser von diphtheritischen auch von anderen leichteren Formen aus zu Stande unter dem Einflusse einer sehr geschwächten Constitution, gleichgültig, ob diese durch mangelhafte Ernährung, durch längere chronische Erkrankungen, durch eben überstandene, schwere, acute Affectionen oder durch das Zusammenwirken mehrerer solcher Momente gesetzt wurde. Sie charakterisirt sich dadurch, dass der Grund früher schon vorhandener Ulcerationen oder die Oberfläche der entzündeten Schleimhaut an der Innenseite der Schamlappen oder der Commissur eine schwarzbraune, seltener schmutzig gelbe Farbe annimmt, weich und zerreisslich wird, in Fetzen sich losstösst, indess der gleiche Process von dem Hofe und Grunde des Geschwüres in Umgebung und Tiefe sich verbreitet. Der Ausfluss wird missfarbig, dünn, übelriechend und mit losgestossenen Gewebstheilen untermengt; das Fieber steigert sich und zeigt den adynamischen Charakter: Neigung zum Gangränesciren irgend excoriirter oder mechanischen Insulten ausgesetzten Körpertheile gibt sich kund,

metastatische Processe an den Lungen, der Leber, dem Peritonäum und den verschiedensten Geweben, sowie profuse Diarrhöen und sonstige tiefe Störungen der Verdauung entkräften die Kranken und führen sie ihrem Ende entgegen. Bei günstigem Verlaufe tritt nach Losstossung der gangränösen Theile und Reinigung des Geschwüres, gutartige Eiterung und Granulationsbildung ein, die Hyperämie und Infiltration der Umgebung mindert sich, der Ausfluss wird spärlicher, das Fieber nimmt ab und unter Wiederkehr des Appetites, Zunahme der Kräfte und Ausgleichung der örtlichen Störung treten die Kranken in Reconvalescenz ein. Die Prognose ist für die Mehrzahl der Fälle ungünstig, besonders für jene, welche sich an acute Krankheiten anreihen oder unter der Herrschaft epidemischer Zustände stehen. Sie richtet sich im einzelnen Falle nach dem Stande der Kräfte und der Ausbreitung des Processes. Die Behandlung besteht in der innerlichen Anwendung der roborirenden und antiseptischen Mittel, möglichster Ernährung des Kranken, dann örtlich in eindringenden Kauterisationen mit concentrirten Mineralsäuren oder dem Ferrum candens und der Application erregender und umstimmender Fomentationen, Injectionen oder Bespülungen. Zu letzterem Zwecke eignen sich Spirit. camphoratus, Vinum aromaticum, Tinctura benzoës, myrrhae vorzüglich Carbollösung. Hat der Process eine günstige Wendung genommen, so ist unter Fortsetzung roborirender Diät örtlich einfach Reinlichkeit, später die Ueberhäutung der Ulcera zu erzielen. — Diese Form soll im Säuglingsalter fehlen.

Widernatürlicher Missbrauch und vielleicht hie und da zufällige Uebertragung kann gonorrhoische Entzündung und syphilitische Ulceration erzeugen. Acute Exantheme können sich auf den Vaginaleingang mit erstrecken. Bisweilen findet sich nach Bokai eine lockere sog. zellige Verklebung der kleinen Labien vor, die, wenn total, das Urinlassen erschwert oder verhindert und mit der Sonde oder dem Bistouri durchtrennt werden muss.

XII. Balano-Posthitis.

J. Bokai: Die zellige Verklebung (scheinbare Verwachsung) der Vorhaut mit der Eichel bei Knaben. Jahrb. d. Kinderheilk. V. 26.

T. Schweigger-Seidel: Zur Entwickelung des Präputium. Virch. Arch. Bd. 37. S. 219.

Nach den Untersuchungen von Bokai sind physiologischer Weise Vorhaut und Eichel bei Neugeborenen im grössten Theil

ihrer Berührungsfläche durch Lagen junger Epidermiszellen verklebt. In den ersten Lebensjahren löst sich die Verklebung nach und nach, indem sich Klümpchen verhornter Epidermiszellen dazwischen bilden, von vorne her. Die Verklebung kann sich in einzelnen Fällen auf die Lippen der Vorhaut mit erstrecken und diese zum lockeren Verschlusse bringen.

Fast dieselben Ursachen, welche bei Mädchen katarrhalische Entzündung der äusseren Geschlechtstheile veranlassen, zeigen sich bei Knaben in gleicher Richtung wirksam. So findet man, dass Anhäufung von eingedicktem Smegma praeputii, meist vermischt mit Leinwandfasern, Schmutz u. dergl., zwischen Vorhaut und Eichel gelagert, sich zu ziemlich festen, rissigen gelbweissen Massen vereinigt in Form eines von der Corona an einige Linien nach Vorne reichenden Ringes, und bei den leichtesten äusseren Veranlassungen, bei vielem Laufen, bei stärkerer Reibung an den Kleidungsstücken, namentlich während der heissen Jahreszeit, Veranlassung wird, dass das innere Blatt der Vorhaut und der Ueberzug der Eichel in katarrhalische Entzündung gerathen. Weitere Veranlassung wird gegeben durch intensive äussere Reizung, sei es Seitens rauher Kleidungsstücke, die stark reiben, sei es durch Masturbation oder ähnliche Insulte, durch das Hinüberkriechen von Würmern unter die Vorhaut; ausserdem werden noch Nieren- und Blasenkrankheiten, juckende Hautleiden am Penis, Insektenstiche als Ursache bezeichnet, des Juckens sowohl als auch der Schleimhautentzündung selbst.

Den Anfang bildet Hitzegfühl, brennender, stechender Schmerz an der Vorhaut und Eichel, der sich bei jeder Berührung, Reibung, namentlich aber während und einige Zeit nach der Urinentleerung steigert. Untersucht man die Theile, so findet sich der vordere Theil des Gliedes geschwollen, roth und heiss, besonders am Rande der Vorhaut, der wulstig nach Vorne zusammengedrängt die Eichel verdeckt; zwischen dem vordersten Theile der Vorhaut stagnirt weissliches oder eiterähnliches Secret von üblem Geruche (etwa nach ranzigem Fette), das sich auch, wo es gelingt die Vorhaut zurückzuziehen, zwischen dieser und der Eichel in reichlicher Menge findet. Selten sind Excoriationen an den einander zugekehrten Schleimhautflächen da; dagegen findet sich sehr oft gegen die Corona zu die obenerwähnte Anhäufung des Smegma's. Die Urethra ist an ihrer Mündung geschwollen, und kann auch von da aus auf grössere Strecken ihres Verlaufes hin miterkranken, doch meist nur bei vernachlässigter, länger bestehender, schlecht behandelter Bala-

nitis. Fieber ist gar nicht oder nur in unbedeutendem Grade vorhanden, der Schmerz wird nur heftig, wenn die stark geschwollene Eichel von der Vorhaut enge umschlossen oder eingeschnürt wird.

Die Prognose ist durchaus günstig, bei Abhaltung äusserer Schädlichkeiten und Herstellung der Reinlichkeit erfolgt rasche Heilung. In Fällen mit heftigerer Entzündung lässt man die Kranken zu Bette liegen, verbietet alles Hingreifen nach dem schmerzenden Theile oder Reiben daran, lässt Umschläge von Bleiwasser oder einfach von kaltem Wasser auflegen, bis sich die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit etwas mindert. Sodann ist es nöthig, die Vorhaut zurückzustreifen, um die Gegend der Corona glandis von Secret und etwa dort angesammeltem Smegma zu reinigen. Gelingt wegen Enge ihres vordersten Theiles die Zurückführung der Vorhaut nicht, liegt sie jedoch im Ganzen der Eichel nur locker an, so kann man die Reinigung der Höhle zwischen beiden durch Injectionen von Wasser oder leicht adstringirenden Flüssigkeiten erzielen. Ist auch dieses nicht leicht anzuführen, so ist die Operation der Phimose angezeigt, jedoch in der Regel nur die Incision, indem die bei Knaben anscheinend zu lange, die Circumcision indicirende Vorhaut ohnehin in späterem Alter in ein richtiges Verhältniss zur Eichel tritt. Ist die Eichel blossgelegt, so kann ihre Schleimhaut, sowie das innere Blatt der Vorhaut, um die Secretion zu mindern, mit Umschlägen oder Bädern (2—3mal täglich) von Bleiwasser oder schwacher Lapislösung weiter behandelt werden. — Schliesslich bemerken wir noch, dass die hier besprochene leichte Erkrankung häufig Veranlassung giebt, Kinder mit Unrecht nach Missbrauch ihrer Genitalien und dergl. zu examiniren, dadurch gerade mit diesen Dingen bekannt zu machen, während doch diese Affection mindestens eben so oft durch die unschuldigste Veranlassung, Reiben der Hose, Ansammlung von talgartigem Secrete bedingt wird. Bei Beschnittenen tritt sie seltener auf als bei anderen, wegen der derberen, mehr cutisähnlichen Beschaffenheit, welche dort alsbald der Ueberzug der Eichel annimmt.

XIII. Enuresis nocturna.

H. Bohn: Die Nervenkrankheiten der Kinder. Jahrb. f. Kinderkrankheiten. III. 54.

Addinell Hewson: Ueber Enuresis nocturna der Kinder. Amer. Journ. Oct. 1858. p. 379. Schmidt's Jahrb. CIII. S. 203.

Das Symptom des unwillkührlichen Harnabganges soll seiner

praktischen Bedeutung halber hier eine eigene Stelle finden. Dasselbe findet sich bei Schwachsinnigen und Blödsinnigen, bei Hirnkranken aller Art, bei vielen Schwererkrankten, zudem bei gesunden Kindern, so lange überhaupt ihre geistigen Functionen ganz unentwickelt sind, in diesen Fällen auch bei Tage. Es findet sich ferner bei schlecht erzogenen, verwahrlosten mit übeln Gewohnheiten behafteten Kindern häufig vor. Drittens gibt es Kinder, die geistig gut entwickelt, völlig wohl gezogen sind und dennoch, trotz aller Anstrengung ihres Willens, bei Nacht den Urin unwillkührlich entleeren, und gerade diese sind es, von welchen wir hier zu handeln haben. Die meisten daran Leidenden werden mit dem Eintritte der Pubertät ohnehin geheilt, es findet sich jedoch das Uebel am Meisten im Alter von 3—6 und von 10 bis 14 Jahren vor, also im Anschlusse an die Zeit, während welcher die Blase noch nicht willkührlich beherrscht wird, und kurz vor der Pubertät, viel häufiger bei Knaben als bei Mädchen, und wenn zwar Kinder jeder Constitution, auch die blühendsten, daran leiden, so hat doch die Angabe von P. Frank entschieden etwas für sich, dass Scrophulöse und Kinder von Arthritikern mehr als andere befallen werden. In der kalten Jahreszeit ist die Krankheit häufiger. Die Enurese erfolgt zumeist nur einmal im Laufe der Nacht, und zwar häufiger in den ersten zwei Stunden des Schlafes, als gegen Morgen, am Seltensten in der Mitte der Nacht (Trousseau). Nach C. Bell soll sie besonders bei habitueller Rückenlage eintreten. Sie ist keineswegs andauernd, sondern macht Wochen und Monate lange Intermissionen. Durch üble Gewohnheiten kann sie in Pflege- und Lehranstalten epidemische Verbreitung erlangen. Meist sind auch Störungen der Urinentleerung bei Tage damit verbunden z. B. häufiger Drang, Abträufeln, plötzliche Entleerung in die Kleider, in die Stube. Anderweitige Symptome fehlen völlig oder sind nur zufällig vorhanden.

Man hat viel über die Ursache dieses Vorkommnisses geschrieben, allein es sind offenbar deren mehrere, die zusammenwirken. Natürlich begünstigt sehr tiefer Schlaf das Einpissen, weil dabei die Füllung der Harnblase schwerer dem Schlafenden bemerklich wird; ebenso hat das reichliche Aufnehmen von Getränke oder dünnen Speisen am Nachmittage und Abende Einfluss darauf; im Uebrigen kann sowohl schwacher Verschluss des Blasenhalses, als auch abnorme Contraction des Detrusors als nächste Ursache angeschuldigt werden, allein da der Urinabgang gewöhnlich im Strahle, nur einmal in der Nacht und schon zu Beginn derselben

geschieht, so kann man nicht zweifeln, dass in der Mehrzahl der Fälle es sich um abnorme Contraction des austreibenden Muskelapparates handle, die in derselben Weise wie bei der willkührlichen Harnentleerung vor sich geht. Diese Contraction der Blasenmuskeln wird angeregt in ähnlicher Weise, wie manche andere Bewegung am Urogenitalapparate, indem die Erregung, welche die sensibeln Nerven der Blase bei deren Füllung erleiden, ohne zum Bewusstsein zu kommen, auf motorische Bahnen übergeleitet wird und eine sehr rasche und starke Contraction auslöst. Auch die von Dittel hervorgehobene geringe Entwickelung der Prostata dürfte sehr in Betracht zu ziehen sein. Ungenügender elastischer Verschluss des Urethraleinganges kann gewiss die stärkeren Detrusor-Contractionen leichter zur Wirkung kommen lassen.

Zur Beseitigung des Uebels wird bei nachlässigen, trägen Kindern Drohung und Strafe oft mit Erfolg angewandt, indess bei solchen, die sich ihres Uebels schämen und es zu meiden suchen, beides nicht am Platze wäre. Dagegen ist bei allen angezeigt, sie Nachmittags und Abends nicht trinken zu lassen, nur trockene Nahrung zu reichen und vor der Zeit, zu welcher gewöhnlich das Einpissen erfolgt, sie zu wecken und ihr Bedürfniss verrichten zu lassen. Indem man die Zeit des Weckens dann immer etwas weiter hinausschiebt, dann ganz davon absteht, wird auch oft das Uebel beseitigt. Gelingt dies nicht, so versuche man die von Dupuytren empfohlenen kalten Sitzbäder, oder die innerliche Darreichung der Belladona (Bretonneau), der Tinct. nucum vomicarum, der Tinct. cantharidum (sehr vorsichtig!), des Bromkalium's, des Chloralhydrats.

Die von Trousseau und Pluviez angegebenen Mittel zur mechanischen Compression des Blasenhalses — bei Knaben durch ein Compressorium am After, bei Mädchen durch eine Art Kolpeurynther — oder des Penis — durch elastische Ringe — scheinen mir mit manchen allgemeinen Grundsätzen der Kindererziehung und Behandlung im Widerspruche zu stehen. Eher lässt sich der von Corrigan vorgeschlagene Verschluss der Urethral-Mündung durch Abends aufgepinseltes Collodium rechtfertigen. Von Steiner wurde zeitweises Einlegen des Katheters als wirksames örtliches Mittel empfohlen. Von anderen wird die Anwendung der Electricität namentlich des faradischen Stromes gerühmt.

XIV. Diabetes insipidus, Polyurie.

L. U. Lacombe: De la Polydipsie. Par. 1841.
Th. Neuffer: Ueber Diabetes insipid. Tüb. 1856. Diss. inaug.
F. Strauss: Die einfache Harnruhr. Tüb. 1870. Diss.

Diese Krankheit ist anzunehmen, wenn während längerer Zeit täglich mindestens das Dreifache der normalen Menge des Harns ausgeschieden wird und an spezifischem Gewichte 1006 nicht überschreitet. Es handelt sich hiebei um eine Innervationsstörung der Niere, bedeutend erhöhte Wasserabsonderung aus dem Blute in den Harn, desshalb erhöhtes Bedürfniss den Wassergehalt des Blutes durch Trinken zu ergänzen. Desshalb ist der Name Polyurie weit richtiger als Polydipsie. Die Erkrankung kann auf anatomischen Veränderungen beruhen in verschiedenen Bezirken des Nervensystems vom Boden der Rautengrube ja vom Wurm des Kleinhirns an bis zur Niere selbst. Wenn auch in einzelnen Fällen Erkrankungen des verlängerten, des Rücken-Markes, der Nebenniere und des Nierenbeckens als Ursache nachgewiesen wurden, so besteht doch keine nothwendige, übereinstimmende anatomische Veränderung, das Bezeichnende liegt in der functionellen nicht in irgend einer anatomischen Störung.

Die Polyurie kann erblich auftreten, mehrere Fälle derart finden sich in der Literatur verzeichnet. Sie kommt in Familien vor, in welchen Geisteskrankheiten, Epilepsie, schwere Nervenleiden verschiedener Art einheimisch sind. Die früheren Monographen Lacombe und Neuffer finden, dass sie verhältnissmässig oft bei Kindern vorkomme. Strauss sagt, dass die Häufigkeit der Krankheit eine gegen das mittlere Lebensalter ansteigende Curve beschreibt. Seine Zahlen beweisen jedoch genau, dass sie in dem zweiten Quinquennium des Lebens (5—10) gerade so oft beginnt als in den drei folgenden (10—25). Sehr oft verweist die genaue Aufnahme der Anamnese den Beginn der Polyurie, die man bei Erwachsenen beobachtet, ins früheste Kindesalter zurück. Das männliche Geschlecht überwiegt im Kindesalter noch mehr als später, wo der Hinzutritt der hysterischen Formen noch immer ein Verhältniss von 3 Männern zu 2 Weibern gestattet. Die eigentlichen Ursachen der Krankheit sind unbekannt; man hat sie nach Erkältungen, Gemüthsbewegungen, Schädelverletzungen entstehen sehen, allein in den meisten Fällen entstand sie ohne mit irgend einer Ursache in begründete

Beziehung gebracht werden zu können. Der Eintritt geschieht, bald ganz allmählig, bald so rasch, dass er auf Tag und Stunde genau angegeben werden kann. Der plötzliche Beginn ist bald nur durch den heftigen Durst bezeichnet, anderemale durch eine Gruppe von Nervensymptomen, z. B. kurzdauernden schlafsüchtigen oder rauschähnlichen Zustand.

Die im Tage entleerte Harnmenge kann bis zu 20 Ltr. ansteigen, von 10 Ltr. sah ich sie schon bei einem 4jährigen Knaben. Der Harn hat sehr blasse Farbe, ist fast geruch- und geschmacklos, unmittelbar nach dem Entleeren klar, trübt sich jedoch nach einigen Stunden, selbst wenn jede Lufteinwirkung ausgeschlossen ist (z. B. durch eine Oelschicht), in leichtem Grade molkig. Der ausgeschiedene Körper scheint in die Gruppe der Eiweissstoffe zu gehören, doch ist seine Menge zu genauerer Untersuchung zu gering. Je grösser die Harnmenge um so niederer das spezifische Gewicht. Fälle in denen es nicht einmal ganz 1001 betrug, sind mir wiederholt vorgekommen. Die Tagesmenge der festen Harnbestandtheile ist im Durchschnitte etwas vermehrt, jedenfalls der normalen nicht sehr fern stehend. Der von Mosler bei Diabetes insipidus, durch eine Geschwulst des 4. Ventrikels bewirkt, nachgewiesene schwache Inositgehalt des Harnes, kommt auch vor wenn Gesunde sich durch reichliches Wassertrinken Polyurie machen, fehlt aber auch bei ganz ausgesprochenen Erscheinungen des D. i. mitunter (Untersuchungen von Professor E. Reichardt). Der Durst ist entsprechend der vermehrten Harnabsonderung gesteigert. Fast unersättliches Trinken grosser Massen auf einmal fällt noch weniger auf als die häufige rasche Wiederkehr des Durstes. Der erwähnte 4jährige Knabe wachte in der Nacht fast stündlich vor Durst auf. Experimente haben die Thatsache gelehrt, dass die Harnausscheidung bei Diabetes insipidus — Kranken die dürsteten und dann reichlich trinken, später und langsamer anzusteigen beginnt als bei Gesunden. Versagen des Getränkes bringt bedenkliche bis zur Ohnmacht gehende Schwächeanwandlungen. Der Hunger ist nicht oder wenig gesteigert, die Ernährung hält sich ausweislich des Körpergewichtes jahrelang auf günstigem Stande. —

Die andauernde Entwässerung des Blutes hat eine Reihe von Secretionsverminderungen zur Folge. Die Haut ist trocken, die Schweissabsonderung spärlich und selten. Die Mundschleimhaut namentlich die des Zungenrückens und der hinteren Rachenwand wird leicht trocken. Der Stuhl ist spärlich und hart. Neigung zu

Indigestionen und Wiederwillen gegen reichlicheren Fleischgenuss sind wahrscheinlich aus verminderter Bildung von Magensaft zu erklären. Von der Entwässerung des Blutes werden noch abgeleitet die leicht sich einstellende Trübung der Linse (Cataract) und die nicht geringe Disposition dieser Kranken zur Entstehung chronischer Pneumonie mit käsigem Zerfall des Infiltrates. Die Linsentrübung ist jener analog, die beim Einlegen von ausgeschnittenen Linsen in starke Salzlösung durch Wasserentziehung entsteht. Diese Störung ist wenigstens in ihren Anfängen heilungsfähig, wenn die Ursache beseitigt wird. Die Körperwärme dieses Kranken ist etwas unterhalb der Norm, sie wird herabgesetzt durch die häufige und vermehrte Aufnahme kalter und Abgabe erwärmter Flüssigkeit.

Die Ernährung hält sich bald einige Jahrzehnte lang in günstigem Stande, bald aber auch wird sie sehr früh mangelhaft, das Körpergewicht nimmt ab und es stellen sich secundäre Erkrankungen ein. Für diese verschiedenartige Verlaufsweise ist weniger die Intensität der Krankheit, als deren spezielle Begründungsweise und der sonstige Gesundheitszustand, namentlich die Leistungsfähigkeit der Assimilationsorgane maassgebend. Für die meisten Fälle wird man richtig gehen, wenn man diese Krankheit als eine das Leben wenig gefährdende aber sehr hartnäckige auffasst. Ausnahmen von dieser prognostischen Regel ergeben sich dort, wo schwere Hirn- oder Rückenmarks-Krankheiten zu Grunde liegen, oder günstigere, wo der Therapie zugängige Ursachen aufgefunden werden (Syphilis, Hysterie u. s. w.). Viele Kranke verlieren sich aus der ärztlichen Beobachtung, ohne dass ein wesentliches Resultat erzielt ist.

Die Diagnostik verursacht bei Kindern wenig Schwierigkeiten, indem Nephropyelitis, Tabes, Herzhypertrophie etc. noch selten als Ursachen von Polyurie auftreten. Aber auch dann ist die Unterscheidung sehr willkürlich, denn jeder Diabetes insipidus ist nur Symptom einer Nervenläsion und die ganze Diskussion dreht sich darum, ob diese eine leicht oder schwer nachweisbare ist. Gröbere Läsionen des Boden's der Rautengrube (nach Art der Bernard'schen Piquure), oder des Rückenmarkes sollten nicht hinter dem symptomatischen Bilde verborgen bleiben.

Die diätetische Behandlung richtet sich darnach, dass Mangel an Getränke den Kranken Ohnmachtanwandlungen zuzieht, während übermässiges Trinken, wie es diesen Leuten sehr leicht fällt, unfertige Produkte des Stoffwechsels aus den Geweben herausschwemmt

und so die Ernährung herabsetzt, ferner dass etwas reichlichere Ernährung als bei Gesunden nöthig ist.

Wo irgend Ursachen ausfindig gemacht und als Handhabe der Behandlung benützt werden können, ist dadurch das Verfahren des Arztes bestimmt. Bei Erwachsenen sind mir Fälle, die auf Syphilis beruhten und von der Seite her anzufassen waren, mehrfach vorgekommen, bei Kindern noch nicht. Wo sich durch reichlichen Befund an Epithelien aus dem Nierenbecken und durch Griesabgang Nephropyelitis als Grundlage des Krankheitsprozesses erkennen lässt, sind Balsamica und Adstringentien z. B. Ol. terebinthinae, Bals. peruvianum, Ferr. sesquichloratum, Tannin, Plumb. acet. indicirt. In jenen keineswegs seltenen Fällen, in welchen Hirnerscheinungen den Beginn machten oder auch noch im Verlaufe auftraten, sieht man sich oft versucht, Blasenpflaster und andere Gegenreize am Nacken anzuwenden, soweit ich gesehen, ohne Erfolg. Fehlen Anhaltspunkte causaler Behandlung, so ist man auf die empirischen Mittel angewiesen unter denen wir Extr. nuc. vomicar., Extr. secal. cornut., Bromkalium, Kreosot, Plumbum aceticum, Sal. prunellae (Romberg), Argentum nitricum, Opium nennen wollen. Wirksamer als das Opium in toto erweist sich einer seiner Bestandtheile, das Codein, von dem man zum mindesten bedeutende Verminderung der Urinmenge und des Durstes erwarten darf. Die Dose ist etwas grösser als die des Morphium's. Bei einem 4jährigen Knaben wurde 0,0025—0,005 steigend gegeben und dadurch die Harnmenge von 20 auf 12 Nösel pr. Tag herabgesetzt, der Durst von stündlichem Trinken auf 1—2male in der Nacht. Gleichen Erfolg habe ich in mehreren Fällen mit diesem Mittel erzielt. Hie und da ist auch die Galvanisation längs der Wirbelsäule von unverkennbar günstigem Einflusse. Mässige Anregung der Hautthätigkeit fördert die Behandlung, forcirte Schwitzkuren stören das Allgemeinbefinden zu sehr.

XV. Addison's Krankheit.

Bronzed skin. Melasma suprarenale.

H. Averbeck: Die Addison'sche Krankheit. Erl. 1869.
Meissner: Schmidt's Jahrb. XCII. p. 70, CXXVI. 88, CXLII. 97, CLIV. Heft. 4 und 5.
E. Henoch: Beiträge z. Kinderheilk. 1861 p. 200.

Seit Addison's erster Arbeit (1855) sind über 200 Fälle bekannt geworden, in welchen Blutarmuth, Blässe und Abmagerung sowie rauchgraue bis mahagonibraune Färbung der Haut auf Entartung der Nebennieren zurückgeführt werden konnten. Diesen stehen in untergeordneter Minderzahl gegenüber Bronzehaut und Anämie ohne Nebennierenerkrankung und 2. etwas häufiger Nebennierenkrankheit ohne Hautverfärbung. Die Kranken gehören meist der armen, weniger der schwer arbeitenden als der darbenden Classe an. Männer sind weit stärker vertreten als Weiber, Kinder können entschieden betroffen werden und finden sich unter 290 Fällen, die ich verglich 17, die vor dem 15. Jahre begannen*). Zweimale fehlte die Bronzefarbe der Haut trotz Nebennierenerkrankung, einmal verhielt es sich umgekehrt. Es fallen unter diese Zahl 8 Mädchen, 8 Knaben, einmal fehlte die Angabe. Das jüngste dieser Kinder (Pitman: Carcinom der l. Nebenniere, Bronzefarbe und abnorme Behaarung der Haut, Fettanhäufung) stand im 3. Lebensjahre, bei 7 begann die Krankheit im 14., bei 15 nach dem 10. Lebensjahre. Wie bei Erwachsenen so werden auch hier die meisten Fälle durch chronische Entzündung der Nebenniere mit reichlicher Bindegewebsproduktion und Verkäsung oder Verkalkung einzelner Stellen des Organes begründet (12male). Weit seltener wurde Carcinom, Hämorrhagie oder einfache Atrophie vorgefunden. Wirbelcaries, bei Erwachsenen sehr oft mit vorhanden und an der vorderen Fläche der Wirbelsäule Abscess bildend, spielt in diesem Alter noch nicht mit. Zur Entstehung von Bronzehaut und Anämie ist längere Entartung der Nebenniere nöthig. Hie und da wurde der Grenzstrang des Sympathicus atrophisch gefunden. Man hat darauf hin angenommen, dass erst diese secundäre Entartung die Krankheit bedinge (v. Bamberger), oder sie von chemischen Einflüssen, die von der Nebenniere ausgehen (Holmgreen), zumal nachdem Cloëz und Vulpian einen beträchtlichen Gehalt des Organes an Taurocholsäure nachgewiesen hatten, abgeleitet. Dabei wurde etwa gedacht an einen deletären Einfluss dieser im kranken Zustande vermehrt gebildeten und ins Blut geworfenen Säure auf die Blutkörperchen, Untergehen vieler solcher, Ablagerung ihres Farbstoffes in das Rete Malpighi. Spuren von Taurocholsäure im

*) Beobachtungen von Cowan, Faure, Heckford, Greenhow, H. Back, Pitman, Ogle, Jones und Sieveking, Bennet, Aldis, Dalton, Henoch, Barker, Hutchinson, Risel, Guttmann.

Harne der Kranken, sowie starker Gehalt desselben an Fettsäuren (Reichardt) scheinen mir solche chemische Auffassungsweise zu stützen. Gerade bei Kindern finde ich mehrfach neben vorgeschrittener Lungenphthise rauchgraue Verfärbung der Haut, die sich bei der Section durch ausgebreitete Verkäsung retroperitonealer Drüsen ohne Nebennierenerkrankung erklärt. Hier dürfte Sympathicusläsion im Sinne v. Bamberger's wahrscheinlich sein.

Die braune Hautfärbung ist bald mehr fleckig, bald mehr verwaschen. Sie ist am ausgesprochensten an den natürlicher Weise pigmentreichen Stellen (Achselhöhle, Genitalien), noch mehr an den dem Lichte stark ausgesetzten Theilen, dem Gesicht und den Händen. Auch darin verhält sie sich dem Sonnverbranntsein ähnlich, dass sie bei längerem winterlichem Stubenaufenthalt beträchtlich blasser wird, im Verlaufe des Sommers dunkler. Die Conjunctiva ist weiss oder bläulich weiss, der Harn ohne Gallenfarbstoff; die Lippen zeigen am Schleimhautrande einen schwarzgrauen Streif, ein ähnlicher kann dem Conjunctivalrande zukommen, dunkle Flecken finden sich öfter, ähnlich wie bei Negern, auf der Mund- und Gaumenschleimhaut. Die Bronzefärbung entwickelt sich sehr langsam, sie fehlt daher überall da, wo bald nach dem Beginne der Nebennierenerkrankung der Tod aus irgend welchem Grunde eintritt. Sie erreicht sehr verschiedene Grade, bald wird sie nur eben kurz vor dem Tode oder bei der Section bemerkt, bald bedingt sie ein völlig mulattenhaftes Aussehen.

Ausser der Blässe der Schleimhäute, der Muskelschwäche und Abmagerung der Kranken machen sich noch eine Anzahl nutritiver, secretorischer und nervöser Störungen bemerklich. Bei Erwachsenen kommen in dieser Richtung besonders oft im Beginne rheumatoide Schmerzen, oder geradezu Gelenkrheumatismen von subacutem Verlaufe vor. Rückenschmerzen sind bei diesen durch vor der Wirbelsäule gelegene Abscesse in einer guten Zahl von Fällen bedingt; Polyurie kommt oft vorübergehend vor, ebenso Diarrhöe, Brechanfälle, ohnmachtartige Zustände, gegen Ende erscheinen oft eigenthümliche (den cholämischen ähnliche) maniakalische Anfälle, die in Sopor übergehen können. Bei Kindern überwiegen in dieser Gruppe von Symptomen die Krampfformen, die von wirren Wechselkrämpfen und ausgesprochen epileptischen Formen bis zu vereinzelten Bahnen: auffälligem Gähnen oder Schluchzen sich erstrecken. Krampfformen überwiegen ja durchgehends unter den Nervensymptomen im Kindesalter. So findet sich dieses Zeichen in $^{2}/_{5}$ der

Fälle vor. Nächstdem sind mehrfach notirt Ohnmachten, Anfälle von Erbrechen und Diarrhöe, vereinzelt: Herzklopfen, Schlafsucht, Uebelkeit, choleraartiger Verfall, Schwäche der Beine. Dass die Nebennieren fühlbar gewesen wären, wie es bei Erwachsenen öfter vorkommt, finde ich bei Kindern nie angegeben, freilich auch nicht dass man darnach gesucht hätte. Der Verlauf betrug in etwas mehr als der Hälfte der Beobachtungen ein bis 4 Jahre, der kürzeste war 3½ Monate, Heilung (bei Erwachsenen einige Male beobachtet) trat nie ein. Der Tod tritt durch Erschöpfung, nach Convulsionen oder in schlafsüchtigem Zustande ein, Lungenphthise spielt dabei nicht mit. Roborirende Behandlung, namentlich die Anwendung der Eisenpräparate hat bei der gewöhnlichen phthisischen Form auf einige Zeit guten Erfolg, vermag freilich auch nicht den tödtlichen Ausgang abzuwenden.

VII.

Krankheiten des Nervensystems.

a. Hirnkrankheiten.

L. Mauthner gibt an, unter 15,838 kranken Kindern 1747 Male Hirnkrankheiten beobachtet zu haben (dabei jedoch nur 184 Todesfälle); nach Forsyth Meighs starben in Philadelphia in 5 Jahren 3,970 Kinder an Hirn-, 4,204 an Digestions-, 3,376 an Brustkrankheiten; West erwähnt, dass von 16,258 Todesfällen an Nervenkrankheiten (1842 und 1845 in London) 87 % auf die Zeit der fünf ersten Lebensjahre fallen: das alles Beweis genug, dass eine verhältnissmässig grosse Disposition zu Hirnkrankheiten im Kindesalter gegeben ist und demnach eine grössere Bedeutung dieser Krankheitsgruppe zukommt.

Die Häufigkeit der Hirnerkrankungen im Kindesalter beruht 1) auf dem Hervortreten ererbter oder während der Schwangerschaft angelegter Hirnkrankheiten in diesem Alter (Hydrocephalus); 2) auf dem geringeren Schutze, den der Schädel dem Inhalte seiner Höhle verleiht (Haemorrhagia adnata) und 3) auf der Häufigkeit von Erkrankungen der Nachbarorgane, die auf das Hirn sich fortzupflanzen vermögen (Otitis suppurativa, Impetigo capillitii). 4) Die rein functionellen Hirnstörungen, die in allen nicht geradezu auf anatomischem Befunde basirten Zusammenstellungen über Hirnkrankheiten der Kinder eine bedeutende, aber nicht genau definirbare Grösse darstellen, lassen sich auf die noch im Gange begriffene Scheidung der beiden Substanzen, auf die noch geschehenden Rückbildungsprocesse einzelner Gewebstheile (sog. parenchymatöse Encephalitis der Neugeborenen), auf die noch unentwickelten Coordinationsbahnen und Hemmungscentra zurückführen.

Wie überhaupt bei der Genese der Hirnkrankheiten, spielen Traumata eine bedeutende Rolle. Die ergiebigste Druckwirkung erfährt wohl der Schädel während der Geburt, fast die ganze Geschichte der Meningealblutungen lässt sich darauf zurückführen. Dann gibt das Gehenlernen, das Klettern und Raufen zu mancher unsanften Berührung mit der Erde und andern harten Gegenständen Gelegenheit. Diese letzteren Veranlassungen führen häufiger zum Manifestwerden, als zur Entstehung von Hirnkrankheiten. Der kindliche Schädel ist weicher und weniger brüchig; Gewalten, die auf ihn einwirken, führen leichter zu momentaner Circulationsstörung des Gesammthirns, als zur Desorganisation einzelner Theile.

Vielfach vermitteln die Entstehung von Hirnkrankheiten die Blutgefässe. Weit über die vielseitigen und dehnbaren Begriffe der Hyperämie und Anämie erstreckt sich ihr Einfluss. Die Hirnerscheinungen, die durch chemische Einwirkungen bei narkotischen Vergiftungen, bei vielen Infectionskrankheiten, namentlich den autochthonen entstehen, werden durch die Bahn der Blutgefässe vermittelt. Die embolischen Hirnkrankheiten im weiteren Sinne umfassen jetzt schon Intermittentes comitatae, die Basilarmeningitis, einen Theil der Hirnabscesse, und es werden ihnen nicht minder manche Entozoenkrankheiten des Hirns und Anderes noch zuzutheilen sein. In Bezug auf Schwankungen des Blutdruckes spielen Herzfehler und Emphysem vorerst eine untergeordnete Rolle, dagegen die rachitische Hühnerbrust, die Engbrüstigkeit überhaupt, die Lymphdrüsengeschwülste des Halses und der Brust können Einwirkungen haben, so dass sie die Spannungsdifferenz in den Arterien und Venen herabsetzen. Die Folgen davon: Hypertrophie und Hyperämie treten um so leichter ein, je weniger der unfertige Schädel der Volumszunahme seines Inhaltes Widerstand entgegenzusetzen vermag.

Dieses Verhältniss lässt die Hirnkrankheiten des frühen Kindesalters zugleich reicher an objectiven Symptomen erscheinen. Jede Druckschwankung des Inhaltes verändert den Umfang des Schädels in sichtbarer oder messbarer Weise. Das Verhältniss der Nähte, Fontanellen und Knochenränder zu einander liefert leicht zu beobachtende Anhaltspunkte. Selbst Blutergüsse und Hirngeschwülste können die Wölbung der Fontanelle in merklicher Weise steigern. Ein inhaltsreiches Gebiet für die objective Symptomenlehre ist durch die Verwerthung des ophthalmoskopischen Befundes für die Erkenntniss der Hirnkrankheiten erschlossen worden. Für die Er-

kenntniss von Krankheiten, die mit Neuroretinitis, Druckatrophie basilarer Nerven, Blutstauung in der Schädelhöhle und embolischen Processen einhergehen, ist auf diesem Wege viel gewonnen worden. Im Uebrigen ist als Eigenthümlichkeit der Kinderhirnkrankheiten noch hervorzuheben 1) die Häufigkeit der Convulsionen. Selbst wenn man die bei den Laien übliche Verwechselung von Schmerz und Krampf sorgfältig vermeidet, behält dieser Satz sein Recht. Gesteigerte Reflexaction wegen unentwickelter Hemmungswirkung des Hirnes ist grossentheils Schuld daran. 2) Die localen Krankheitssymptome sind wechselnder. Beim acuten Hydrocephalus, seltener beim chronischen macht man Beobachtungen, die sich der von S. Wilks anschliessen, wornach durch Seitenlage eines hydrocephalischen Kindes sich willkührlich Verengerung einer Pupille hervorrufen liess. 3) Heerdartige Hirnkrankheiten bewirken viel leichter und in weit höherem Masse Atrophie der von den zerstörten Hirnorganen aus innervirten Theile. Ein Erwachsener trägt von einem Blutergusse in den Steifenhügel oder dessen Linsenkern nur die Lähmung, ein kleines Kind auch die Atrophie der entgegengesetzten Körperhälfte davon. 4) Hirnerkrankungen, die die Gesammternährung des Organs alteriren, machen bei Kindern weit stärkere Störungen der Intelligenz. Es verhält sich damit so etwa, wie mit Hören und Sprechen. Die Sprechfähigkeit erlischt nicht, sie nimmt nur etwas ab, wenn ein Erwachsener taub wird; beim Kinde das taub wird, ehe es sprechen lernte, fehlt alle Möglichkeit, je der Sprache fähig zu werden. Dem Erwachsenen, dessen Hirn ungenügend ernährt wird, bleiben eine Masse von Begriffen erhalten und gerettet aus früherer Zeit, wenn er auch neue zu erarbeiten unfähig wird, dem Kinde, das früh in Atrophie der Hirnsubstanz verfällt, bleibt das Denkvermögen auf früh kindlicher Stufe stehen, und sollte auch sein übriger Körper sich zu Riesenwuchs und Fettsucht untwickeln. Unter dem Worte blödsinnig verstehen wir genau das, was aus dem Kinde wird, oder was das Kind bleibt, wenn seine Sinne von früh auf blöde bleiben, während der Erwachsene, dessen Sinne blöde werden, unversehrtes Denkvermögen behalten kann. Die Lehre von den Nervenfunctionen und Nervenkrankheiten des Neugeborenen hat durch die bahnbrechenden experimentiellen Untersuchungen O. Soltmann's äusserst werthvolle Grundlagen erhalten. Die psychomotorischen Centren fehlen nach diesen Untersuchungen bei Hunden in den 10 ersten Lebenstagen noch vollkommen, der Steifenhügel ist noch ohne motorische Funktion.

Hemmungsfunctionen werden in dieser Zeit weder von den Centren im Gehirn noch von jenen im Rückenmark geleistet. Auch das Herzhemmungssystem des Neugeborenen ist noch völlig unwirksam. Die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Neugeborenen ist für den electrischen Reiz geringer als beim Erwachsenen, die Zuckungscurve verhält sich wie die ermüdeter Thiere. Bei einer geringeren Zahl von Stromunterbrechungen entsteht schon Tetanus. Die Erregbarkeit steigt von der Geburt bis zur 6ten Lebenswoche an, um die des Erwachsenen zu erreichen oder zu übertreffen. Die Neigung zu Convulsionen und deren Gefahr, die in dem Mangel der Hemmungscentren begründet ist, wird durch die geringere Erregbarkeit der peripheren Nerven vermindert. Auch für die sensibeln Nerven ist von diesem Forscher geringere Erregbarkeit im frühesten Alter erwiesen worden.

I. Hirnanämie.

Blässe der Hirnsubstanz, Blutarmuth der grösseren Gefässe des Hirnes, seiner Häute und collabirter Zustand der Blutleiter der harten Hirnhaut sind nicht selten als anatomische Befunde bei Kindern nachzuweisen. Häufiger noch als allgemeine ist partielle Hirnanämie, allein sie ist, da ihre Zeichen am Lebenden so gut wie gar nicht gekannt sind, kein Gegenstand der Diagnose und Behandlung. Was die Ursachen betrifft, so lassen sich diese scheiden in locale und allgemeine. Die letzteren sind weit häufiger wirksam, und es ist in dieser Richtung zu erwähnen, dass nicht allein Blutverlusten (z. B. Nabelblutungen, nach Blutentziehungen, nach äusseren Verletzungen, von Ulcerationen aus), sondern auch Säfteverlusten, wie sie bei profusen Diarrhöen, bei Ulcerationen, bei Hypersecretion der Bronchialschleimhaut vorliegen, Hirnanämie ihre Entstehung verdanken kann. Auch Stenose des linken arteriellen Ostiums, Herzmuskelentartung, Herzlähmung, arterieller Gefässkrampf kann Grund derselben abgeben. Von weit geringerer Bedeutung sind die localen Entstehungsweisen. Dahin gehören Compression der grossen Arterien des Halses, z. B. durch Drüsengeschwülste, spastische Verengerung des Gebietes der Carotis interna, dann alle jene Momente, welche den Inhalt der Schädelhöhle unter starke Spannung versetzen, z. B. Compression der (noch beweglichen) Schädelknochen von Aussen oder Entwicklung von Tumoren, von hydrocephalischen Ergüssen innerhalb der Schädelhöhle. Bei Verstopfung von Hirn-

arterien, bei Zuständen von Inspissation des Blutes, bei manchen acuten Krankheiten sind partielle Hirnanämieen als anatomischer Befund bekannt.

Die Zeichen der Hirnanämie sind verschieden je nach deren acuter oder chronischer Entstehungsweise. Die directen Zeichen beziehen sich ausschliesslich auf den Zustand der Fontanelle, den Augenspiegelbefund und etwa noch das Colorit der Haut, das eben dort, wo die Anämie allgemein ist, entsprechende Blässe erkennen lässt. Die Fontanelle findet sich, je bedeutender die Anämie, desto mehr eingesunken und schwach pulsirend, vorausgesetzt, dass nicht die Anämie selbst Folge vermehrter Spannung des Inhaltes der Schädelhöhle ist. Ausserdem kann aber auch Collapsus des Hirnes als primärer Vorgang das Einsinken der Nähte und Fontanellen und ebenso die Anhäufung von Blut innerhalb der Schädelhöhle zur Folge haben. Demnach sind die Verhältnisse der Fontanelle nur mit grosser Vorsicht für einen Schluss auf den Blutgehalt der Schädelhöhle zu verwerthen. Acute Hirnanämie hat Bewusstlosigkeit, Erschlaffung der Muskeln, klonische Krämpfe und Erweiterung der Pupille zur Folge. Die Zeichen von Seiten der peripheren Nervenapparate sind in manchen Fällen, besonders bei Kindern unter 2 Jahren, überaus stürmisch und bieten ein Krankheitsbild, welches von Marshall-Hall wegen seiner überaus grossen Aehnlichkeit mit acutem Hydrocephalus (Mening. basilaris) als Hydrocephaloid-Krankheit bezeichnet wurde. Diese Form findet sich vorzüglich bei ganz kleinen Kindern und wird durch keine andere Krankheit so häufig hervorgerufen als durch Diarrhöe. Marshall-Hall unterschied zwei Stadien, eines der Irritation und das zweite der Depression; während des ersteren sind grosse Unruhe, aufgeregtes Aussehen, geröthetes Gesicht, frequenter Puls vorhanden, der Schlaf unruhig und von öfterem Jammern unterbrochen. Im anderen, das sich namentlich bei Fortdauer der schwächenden Ursachen entwickelt, stellen sich Sopor, Schwäche, Frequenz und Irregularität des Pulses, Bläse des Gesichtes, Verfall der Stimme, allgemeiner Collapsus ein und erfolgt nach einem Verlaufe von wenigen Tagen unter zunehmender Kälte der Haut der Tod. Die unterscheidenden Momente, wahren Entzündungen des Hirns und seiner Häute gegenüber, liegen in dem Vorausgehen profuser Blut- oder Säfteverluste, der weit weniger erhöhten, zu Ende beträchtlich gesunkenen Hauttemperatur, der häufigeren Fortdauer von Diarrhöen oder doch Mangel von Obstipation, dem Mangel partieller Lähmungen. Er-

brechen, Kopfschmerz, Schwindel u. dergl. können ganz in derselben Weise wie bei jener Krankheit vorhanden sein. Von diesen höchsten Graden der Hirnanämie bis zu den leichtesten, die bei älteren Kindern nur einfach durch Schwarzsehen, Kopfschmerz und Schwindel ausgesprochen zu sein pflegen, zieht sich eine continuirliche Reihe und gerade desshalb sind die Grenzen der erwähnten Hydrocephaloid-Krankheit keineswegs scharfe.

Die Prognose ist nur in ganz extremen Fällen ungünstig, ausserdem insoferne, als geeignete Behandlung binnen kürzester Zeit die drohende Gefahr beseitigen kann, durchaus günstig. Gerade hier ist Gefahr vorhanden, dass diejenigen, welche bei allen Hirnsymptomen Blutegel und Kalomel für unerlässlich halten, Fehler der schlimmsten Art begehen, dagegen kann durch Anwendung von Excitantien und tonisirenden Mitteln wahrhaft Grosses geleistet werden. Wein, (ständl. Theelöffel), Aether, Branntwein (stündl. gtt. x), Bouillon, Eigelb, gehacktes Fleisch, dann China, Eisen, Oleum jecoris als Nachbehandlung sind hier am Platze. Vor Allem aber müssen die Ursachen des Zustandes aufs Sorgfältigste beseitigt werden, nebenbei erweisen sich oft Einwickelungen der Extremitäten in warme Tücher, das laue Bad, Frottirungen und dgl. sehr vortheilhaft.

Acut in Folge von Herzschwäche, oder Gefässkrampf, oder von Blutverlust sich entwickelnde Hirnanämie tritt auf in Form der Ohnmacht. Sie ist gekennzeichnet durch äussere Blässe, Schwäche des Pulses, Muskelerschlaffung bis zum Umsinken, Bewusstlosigkeit und Gefühllosigkeit. Erreicht sie hohe Grade, so treten allgemeine Wechselkrämpfe hinzu, die starre, vorher verengte Pupille erweitert sich und der Tod kann mit dem Auftreten dieser Convulsionen erfolgen. Man muss diese Hirnanämie nicht anatomisch, sondern physiologisch, oder was für diesen Fall das Gleiche bedeutet, ätiologisch auffassen. Das Hirn kann bei der Section alle Zeichen der Blutüberfüllung bieten und doch kann der Tod unter den Zeichen und in Folge des Zustandes eingetreten sein, den wir hier als Hirnanämie geschildert haben. Bei der Pulmonalarterienembolie, die den Hauptstamm völlig verstopft, mangelt jede Zufuhr arteriellen Blutes, die die Function des Organes unterhalten könnte, die Venenräume aber innerhalb des Schädels sind überfüllt und der anatomische Befund lässt kein Zeichen von Hirnanämie erkennen. Bei allgemeiner arterieller Anämie reagirt das Hirn am Frühesten und am Stärksten, bei der erwähnten Embolie z. B. sterben die Kranken an

Hirnanämie. Diese Art von Hirnanämie ist wichtig geworden zur Erklärung plötzlicher Todesfälle, epileptischer und eklamptischer Anfälle, die im Verlaufe der verschiedenartigsten Hirn- und Gefässkrankheiten auftreten können. Sie ist, von Kussmaul und Tenner zuerst experimentell studirt, ein wichtiger Hebel zur Erklärung vieler Hirnsymptome geworden. Arterien und Venen der Schädelhöhle können sogar gleichmässig mit Blut gefüllt sein und doch der Hirnanämie gleichwerthige Erscheinungen den Tod herbeiführen, wenn das Blut zur Ernährung und Unterhaltung der Function untauglich geworden ist, wie bei der Kohlenoxydgasvergiftung. Zur Behandlung dieser Zustände ist horizontale Lagerung, Lüftung der Kleidungsstücke, Zufuhr frischer Luft zu empfehlen. Ferner die Anregung des Kreislaufes durch den elektrischen Reiz, oder das Marshall-Hall'sche Verfahren, schlimmsten Falles die Transfusion. Zur augenblicklichen Hülfeleistung bei momentaner Gefahr, namentlich bei spastischen Formen von Hirnanämie ist Amylnitrit-Einathmung vorzüglich geeignet. Wenige Athemzüge aus einem Fläschchen, das einige Tropfen des Mittels enthält, genügen das Gesicht zu röthen.

Chronische Hirnanämie bewirkt ein Reihe von Erscheinungen der Reizung und Erschöpfung. Als Reizungssymptome sind aufzufassen: Kopfschmerz, der beim Liegen sich vermindert, Schwindel, Neigung zu Convulsionen und Neuralgieen, sensible und psychische Reizbarkeit; mehr depressiver Art sind Gedächtnissschwäche, träger Gedankengang, leichtes Ermüden der geistigen Thätigkeit, vermehrtes Schlafbedürfniss, Neigung zu Ohnmachten. Auch das Cheyne-Stokes'sche Athmen ist als Symptom von Anämie der Medulla oblongata aufzufassen. Es kommt wesentlich darauf an, die Ursachen dieser Zustände zu kennen und zu beseitigen. Kräftige Diät und Eisengebrauch thun das Uebrige. Wo Herzschwäche Hirnanämie verursacht, kann Digitalis oder Scilla wenigstens für einige Zeit sich hülfreich erweisen.

II. Hyperämie.

Bouchut: Congéstion cerebrale et apoplexie vermineuse. Ischémie et hyperaemie réflexes de l'encéphale. Névroses de seconde dentition. Gaz. des hop. 1876. nr. 22.

Wenn man die Blutüberfüllung des Gehirnes anatomisch auffasst und ihren Nachweis sucht in strotzender Füllung der Blut-

leiter und der grossen Venen, lebhafter Gefässzeichnung der Pia mater, röthlicher Färbung der Rindensubstanz und zahlreichen Blutpuncten auf Durchschnitten, so hat man eine symptomenreiche Krankheit vor sich. Von der Launenhaftigkeit und dem Kopfschmerz bis zu förmlichen Krampfanfällen hin können die verschiedenartigsten Zeichen der Blutüberfüllung des Gehirnes entsprechen, sie haben jedoch unter sich nichts Uebereinstimmendes und lassen sich nicht von der Hirnhyperämie aus erklären. Merkwürdiger Weise sind es vielfach dieselben Zeichen, die auch der Hirnanämie angehören; namentlich findet sich dieses Verhalten bei den sog. Stauungshyperämieen, also bei denjenigen, die durch Herzfehler, Lungenkrankheiten mit Verkleinerung des Querschnittes der Pulmonalarterie, Geschwülste, die die obere Hohlvene oder die Halsvenen drücken, Verstopfung der Hirnblutleiter hervorgerufen werden.

Physiologisch betrachtet sind dies auch sämmtlich Hirnanämieen, d. h. Krankheiten, bei welchen dem Gehirn in der Zeiteinheit weniger arterielles Blut zugeführt wird als normal. Wahre Hirnhyperämieen, d. h. solche, bei welchen die Speisung des Organes mit arteriellem Blute reichlicher ausfällt als normal, können nur angenommen werden bei Hypertrophie des linken Ventrikels, collateraler Fluxion zu den Schädelorganen und als Theilglied entzündlicher Processe oder in der Nähe irritirender Krankheitsheerde. Auch von zu reichlicher Ernährung, vorzeitiger und übertriebener geistiger Arbeit, gewissen Genussmitteln und Giften, unter denen Alcohol für das Kindesalter nicht die geringste Rolle spielt, nimmt man an, dass sie Hirnhyperämie verursachen. Bei Schulkindern wirken zu vieles Sitzen, Beengung der Brust durch schlechte Haltung beim Unterricht, geistige Anstrengung, manchmal auch Stuhlverstopfung zusammen auf die Entstehung der Hirnhyperämie hin. Für diese Fälle, die allein im physiologischen Sinne Hirnhyperämieen darstellen, liegt der Nachweis ausser in der Erwägung der ursächlichen Verhältnisse hauptsächlich in der Berücksichtigung objectiver Zeichen. Ausser starker Spannung der Nähte und Fontanellen, wo sie noch offen sind, entscheidet das Resultat der Augenspiegeluntersuchung. Der Schluss liegt nahe, dass sichtbare Hyperämie eines Astes der Carotis interna massgebend ist auch für die Verhältnisse der anderen Aeste. Weit weniger beweisend ist die arterielle Röthe der Weichtheile des Gesichtes. Auch öfteres Nasenbluten kann die Bedeutung eines Symptomes der Hirnhyperämie haben. Was functionelle Symptome anbetrifft, so lassen sich solche nicht mit einiger

Sicherheit angeben. Man rechnet dahin Kopfschmerz, der sich bei horizontaler Lage steigert, psychische Reizbarkeit, Ueberempfindlichkeit der Sinnesorgane, Funkensehen, Ohrensausen, unruhigen Schlaf mit lebhaftem Träumen. Auch Zustände vorübergehender geistiger Störung, apoplectiforme Anfälle können aus Hirnhyperämie zu erklären sein. Als Folgezustände betrachtet man Hirnhypertrophie, Hirnödem und Hirnblutung, letztere vermittelt durch aneurysmatische Erweiterung einzelner Hirngefässe. Begriffsverwechselungen finden insoferne öfters Statt, als die Hirnstörungen in hochfieberhaften Krankheiten und in acuten Infectionskrankheiten fälschlich als Hirnhyperämie aufgefasst und bekämpft werden.

Man kann zur Beseitigung der Hirnhyperämie anwenden: allgemeine oder örtliche Blutentziehung, kalte Umschläge auf den Kopf, herzlähmende Mittel (Kalisalze, Veratrin), Ableitungen auf entfernte Organe (Abführmittel, heisse Fussbäder, Senfteig).

III. Hirnsinusthrombose.

C. Gerhardt: Ueber Hirnsinusthrombosis bei Kindern. Deutsche Klinik 1857. Nr. 45 und 46.

v. Dusch: Ueber Thrombose der Hirnsinus. Zeitschrift f. rat. Med. VII. p 161.

W. Griesinger: Zur Lehre von den Hirnkrankheiten aus Otitis interna. Arch. d. Heilk. III. p. 437.

J. Molthan: Ueber Entzündung und Thrombose der Gehirnsinus. Diss. Giessen 1862.

G. Huguenin: Pathologische Beiträge. Zürich 1868. Habilitationsschrift.

O. Heubner: Zur Symptomatologie der Hirnsinusthrombose. Arch. d. Heilk. IX. p. 417.

E. Lancereaux: De la thrombose et de l'embolie cérebrales. Par. 1862. p. 116.

Meissner in Schmidt's Jahrb. CIX. 105 und CXVIII. 232.

R. Wreden: Beiträge zu der Lehre von der Thrombosis et Phlebitis sinuum durae matris. St. Petersb. Zeitschrift XVII. S. 61. Hirsch und Virchow Jahresbericht 1870. S. 56.

C. Banze: Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. VI. 336.

Tonnélé benützte zuerst 1829 einige Fälle von Verstopfung der Hirnblutleiter zu einer Besprechung dieses Processes. Seine Fälle sowohl als die 4 von Rilliet und Barthez hinzugefügten betreffen Kinder jenseits des 2. Lebensjahres. Die anatomische Kenntniss der Thrombose im Säuglingsalter wurde durch Virchow begründet. Gegenwärtig liegt schon ein umfangreiches Material vor,

das nicht allein eine ziemlich befriedigende anatomische Geschichte der Krankheit, sondern auch manche Fingerzeige für ihre Diagnose am Lebenden und den Nachweis der Heilungsmöglichkeit enthält.

Die Hirnsinus bieten als starrwandige, wenig verengerungsfähige Räume mit zahlreichen Unebenheiten an ihrer Innenwand äusserst günstige Verhältnisse für spontane Blutgerinnung dar. Diese Thrombosen lassen sich zurückführen auf Entzündungsprocesse in der Nähe der Sinus, auf Compression der Sinus, der Halsvenen oder der Cava, oder auf marantische Zustände. Auf das Kindesalter treffen unter den von Dusch gesammelten Fällen $^{10}/_{16}$ der marantischen, $^{6}/_{28}$ der entzündlichen Form. Das erste Lebensjahr wird besonders stark befallen; der jüngste Kranke hatte, mit angeborener Variola behaftet, nur 53 Stunden gelebt (Tüngel). Die Hauptursache der entzündlichen Form liegt in Vereiterungen des Felsenbeines, nächstdem anderer Schädelknochen, der benachbarten Sinnesorgane, in eitrigen Ausschlägen der Kopfhaut (Tonnelé). Furunkeln der Augengegend (Fall von Dianoux) können ebenfalls solche Thrombose verursachen. Man muss diese Fälle als fortgesetzte Thrombosen betrachten, bei denen von Knochen- oder Hautvenen aus die Blutgerinnung durch Emissarien zum Sinus sich fortsetzt und dort ausbreitet. Mit einigen ähnlichen Formen, z. B. den von Furunkeln der Stirn- oder Lippengegend ausgehenden verbindet sich gerne eitrige Meningitis. Die Compressionsthrombosen entstehen z. B. durch Druck einer Lymphdrüsengeschwulst auf die Vena cava, eines Congestionsabscesses auf die innere Jugularvene. Die marantische Form findet sich vor Allem bei durch choleraartige Durchfälle erschöpften Säuglingen, deren Hirn einsinkt, deren Schädelnähte sich übereinanderschieben, bei denen endlich durch die Abnahme der Triebkraft des Herzens und den die Verkleinerung des Schädels durch Uebereinanderschiebung etc. überholenden Collaps des Gehirnes eine Stase in den Sinus entsteht, die die Blutgerinnung einleitet. Marantische Thrombose findet sich dann auch noch in oder jenseits der Säuglingsperiode bei Kindern, die durch profuse Eiterung (v. Dusch), Typhus (Bouchut), verschiedenartige aufeinanderfolgende Krankheiten (Fritz) entkräftet sind.

Anatomisch characterisirt sich die Sinusthrombosis in der Weise, dass nach der Herausnahme des Gehirnes die betroffenen Blutleiter strotzend gefüllt, rundlich ausgedehnt erscheinen, ausser der bei starker Blutanfüllung gewöhnlichen dunkelblauen Farbe auch schon

äusserlich, wo starke Thromben liegen, trübroth aussehen und beim Aufschneiden mattglänzende, etwas härtere, braunrothe Coagula erkennen lassen mit je nach dem Alter derselben mehr oder weniger vorgeschrittener Entfärbung, Adhäsion an die Gefässwände und centraler Erweichung. Die äussere Form derselben ist oft ziemlich regelmässig, glatt, in anderen Fällen, wo frische Coagula zwischen der älteren und der Sinuswand liegen, mehr höckerig und uneben, das freie Ende wird von abgerundeten, glatten Spitzen gebildet, an die sich wieder neue Gerinnsel anlagern. Auf dem Durchschnitte erscheint ihre Farbe bisweilen schichtweise verschieden, so dass an den centralen Theilen des Pfropfes die Entfärbung am Weitesten vorgeschritten ist. Der gewöhnliche Sitz dieser bis zu $^1/_2$″ dicken Gebilde ist der Sinus transversus und rectus; seltener schon erstrecken sich dieselben in den Sinus longitud. sup. oder inf., noch weit seltener ist bei dieser Form die Thrombosirung des Sinus cavernosus, der petrosi, des circularis etc. Venen, die in die verstopften Sinus einmünden, so jene an der Convexität der Hemisphären, sind sehr oft mitbetroffen; während anderseits der Pfropf im Sinus transversus sich in die innere Jugularvene fortsetzen kann. Die Folgen der Sinusthrombosis sind Blutstauung in den Gehirnvenen, Hyperämie, seröse Durchfeuchtung des Hirns, rothe Erweichung, Hirnhämorrhagie, anderseits ist durch dieselbe die Möglichkeit zu der auch thatsächlich bei Säuglingen von Rauchfuss schon nachgewiesenen Embolie der Lungenarterie gegeben. Die übrigen gleichzeitig damit vorfindlichen Veränderungen im Körper können der verschiedensten Art sein, am häufigsten darunter sind Darmkatarrh und Erkrankungen des Felsenbeines.

Die Erscheinungen sind sehr verschiedenartig. Meistens tritt Abnahme des Bewusstseins, Schläfrigkeit, Apathie ein; dazu kommen einzelne Erscheinungen von Lähmung und Krampf, erstere namentlich an den Augenmuskelnerven, dem Facialis, öfter auch den Extremitäten einer Seite ausgesprochen. Diese Lähmungen sind jedoch unvollständig und wechselnd. Von krampfhaften Störungen sind beobachtet: Nackenstarre, Starre der Rückenmuskeln, Streckkrämpfe der Zehen und Finger, allgemeine Wechselkrämpfe, krampfhaftes Rollen der Augäpfel. Die leichten Lähmungen des Facialis und Oculomotorius sind mit der Sinusthrombose, wenn diese einen unpaaren Blutleiter betrifft, gleichseitig. Diese Hirnerscheinungen, so auffallend sie sein mögen, sind in keinem Falle beweisend für die Art der Krankheit, dafür müssten Zeichen an den Circulations-

organen gesucht werden, deren jedes häufiger fehlt, als da ist, aber wo es sich findet, als Beweis genügt.

1) Ist ein Sinus transversus und vielleicht mit ihm der Sinus petros. infer. oder das Anfangsstück der Jugularis interna verstopft, so zeigt sich, wenn überhaupt die Halsvenen einen gewissen Grad von Blutfülle besitzen, die äussere Jugularvene der kranken Seite leerer, als die der gesunden. Sie entleert sich leichter in die innere, weil dieser vom Schädel her kein Blut zufliesst. Für die Brauchbarkeit dieses Zeichens, das ich vor Jahren auffand, hat später u. A. Huguenin eine bestätigende Beobachtung beigebracht.

2) Setzt sich die Gerinnung durch das Emissarium am Warzenfortsatz aus dem Sinus transversus auf die hinteren Ohrvenen fort, so entsteht hinter dem Ohr eine umschriebene, hart ödematöse Geschwulst (Griesinger; bestätigt durch Mohs).

3) Die Verstopfung des Sinus cavernosus wirkt zunächst auf die Vena ophthalmica, die dahin ihr Blut zum grösseren Theil entleert. Sie hat Hyperämie der Venen des Augengrundes zur Folge, die ophthalmoskopisch nachgewiesen ist, ferner leichten Exophthalmus (Huguenin), Oedem des oberen Augenlides oder der ganzen Gesichtshälfte (Genouville).

4) Das Gerinnsel im Sinus cavernosus kann Reizungs- oder Lähmungssymptome durch directen Druck hervorrufen am ersten Quintusaste und den Augenmuskelnerven (Heubner). Dies betrifft nicht allein Erwachsene, sondern auch Kinder. (Dianoux.)

5) Blutgerinnung im Sinus longitud. super. bewirkt: Cyanose im Gesichte, Erweiterung von Venenästen oder Netzen, die von der grossen Fontanelle in die Schläfengegend ziehen, umschriebenen Schweiss an Stirne oder Nase, Nasenbluten (bei einem $^3/_4$jährigen Kinde v. Dusch).

Es ist klar, dass Verschliessung der Sinus transversi, die ziemlich oft beiderseitig vorkommt, die unter 5 angegebenen Stauungssymptome, welche der Thrombose des S. longitud. sup. zukommen, gleichfalls liefern kann, dass Schliessung der Transversi und der Petrosi inferiores wohl auch die unter 3 besprochenen Stauungssymptome des Sinus cavernosus und der Vena ophthalmica liefern wird, während umgekehrt nie eine Thrombose der Cavernosi oder des S. falciformis eines der speciell vom Sinus transversus angeführten Zeichen bieten kann.

Für alle Hirnsinusthrombosen kommt noch ein Zeichen in Betracht, das bei richtiger Benützung für die Diagnose höchst werthvoll sein kann: die Embolie der Pulmonalarterie mit ihren Folgen, dem hämorrhagischen Infarcte und Lungenabscesse. Schon bei Tonnélé findet sich neben Sinusthrombose ein Eiterheerd in der Lunge angeführt, Nachweise für diese Metastase finden sich in den Fällen von Fritz, Langenbeck u. A. Die Embolie des einfachen Blutgerinnsels führt nur zur Bildung des hämorrhagischen Infarctes, die des eiterhaltigen Gerinnsels durch den Infarct zum Lungenabscess. Wenn bei Jemandem mit einer unbestimmten Hirnerkrankung die früher besprochenen Zeichen des hämorrhagischen Infarctes auftreten, ohne dass eine andere embolische Quelle nachweisbar wäre, so ist dies ein starker Beweis, dass in seiner Hirnkrankheit eine Sinusthrombose enthalten sei. Für die marantische Sinusthrombose der Säuglinge ist besonders noch das Verhalten der Fontanelle und der Nähte wichtig. Deren Einsinken und die Uebereinanderschiebung der Schädelknochen ist Folge der Cholera infantum oder sonstiger erschöpfender Erkrankung, die Sinusthrombose kann sich daran anreihen. Sind schon Anzeichen von Sinusthrombose da und werden nun die Schädelknochen wieder auseinander geschoben, die Nähte und Fontanellen wieder convex, so kann dies bewirkt sein durch Hydrocephalie, Hämorhagie oder Meningitis, die als Folge der Thrombose auftrat (Fälle von Langenbeck und mir).

Der Verlauf kann nach Art eines pyämischen Fiebers bei der entzündlichen Thrombose sich gestalten, auch bei der marantischen kommt Temperaturerhöhung (bis 38,8 bei Huguenin) vor, der Puls ist stets beschleunigt. In den gewöhnlichen tödtlich endenden Fällen beträgt die Dauer 1 Tag bis 3 Wochen. Griesinger hat an eigenen und der Literatur entnommenen Fällen gezeigt, dass Heilung durch Schrumpfung und Kanalisirung des Gerinnsels erfolgen kann. Für wenig umfangreiche, gutartige Gerinnsel scheint mir auch Heilung durch Embolie in die Pulmonalarterie und Schrumpfung des Infarctes möglich.

Zur Vorbeugung empfiehlt sich sorgfältige Behandlung eitriger Ohrerkrankungen vom Beginne an, ebenso acuter Darmkatarrhe und der daraus hervorgehenden Herzschwäche. Die entzündliche Form ist durch andauernde kalte Umschläge und innere Anwendung von Chinin oder Salicylsäure zu behandeln, die marantische durch kräftige Reizmittel, namentlich Wein, Aether, Moschus. Auch hier dürften der Gefahr der Hirnblutung halber kalte Umschläge am Platze sein.

IV. Haemorrhagia meningealis.

(Apoplexia neonatorum.)

In frischen Fällen findet man nur selten die Schädelwände auseinandergetrieben, die Fontanelle gespannt, da die Blutmenge, welche ergossen wurde, in der Regel mässig ist. Dagegen werden öfter subcutane oder subperiosteale Extravasate als grössere oder kleinere Geschwülste oder nur als punctförmige Einsprengungen beim Wegziehen der Weichtheile bemerkt. Bei Hinwegnahme des Schädels mit der Dura finden sich an der Innenfläche der letzteren flache, in der Mitte ½ bis einige Linien dicke, an den Rändern ganz allmählig sich verlierende, mehr weniger festgeronnene Blutmassen, Serum dagegen pflegt zu dieser Zeit nicht oder nur in geringer Menge im Arachnoidealsacke zu lagern. In andern Fällen überkleiden die glatten ebenen Gerinnungen die Oberfläche der Arachnoidea (visceralis), bei reichlicher Hämorrhagie vertheilen sie sich an beiden einander gegenüberliegenden glatten Flächen, oder es findet sich doch die gegenüberliegende Arachnoidea durch Imbibition und Exsudation getrübt. Nur ausnahmsweise nehmen diese Extravasate die Schädelbasis ein und dann die mittlere oder hintere Schädelgrube, auch an der Convexität des Gehirnes liegen sie mehr nach Hinten am Tentorium, an den Kleinhirnhemisphären. Ihr Umfang wechselt von Linsengrösse bis zu solcher Ausdehnung, dass sie den grössten Theil der Convexität des Gehirnes umhüllen. Gefässrupturen, aus welchen diese Blutungen erfolgen, lassen sich nicht oft nachweisen, da es gerade nicht die gröbsten Venen zu sein pflegen, welche zerreissen, doch wurde selbst schon Zerreissung des Sichelblutleiters beobachtet. Bei Neugeborenen, welche das grösste Contingent zu dieser Krankheit liefern, liegt die Veranlassung dieses Vorganges in der Uebereinanderschiebung des Schädels und der gegenseitigen Verrückung, welche Innenfläche des Schädels und Oberfläche des Hirns (resp. Dura und Arachnoidea einer-, Pia und Arachnoidea anderseits) erleiden, wobei die durch den Sack der Arachnoidea verlaufenden Venen gezerrt und wohl auch zerrissen werden. Es erklärt sich hieraus, warum diese Extravasate besonders an der Convexität des Hirns und in der Umgebung der Vena Galeni (Virchow) vorkommen. Man kann, den überwiegenden Einfluss der Zangenoperation voraus zugestanden, ausserdem sowohl zu starke als zu geringe Entwickelung des Kopfes anschuldigen,

indem erstere zu starke Compression erfordert, letztere, wenn auf Unentwickeltheit beruhend, zu grosse Compressibilität mit sich bringt; man findet dieselben sowohl nach sehr schweren langdauernden Geburten, als auch nach rasch verlaufenen, wo die Wehenthätigkeit und demnach auch der Druck auf den Schädel sehr energisch war. Ein Dritttheil der kurz nach der Geburt erfolgenden Todesfälle (Cruveilhier) fällt auf Rechnung dieser Apoplexieen. Die Kinder kommen im Zustande der Asphyxie zur Welt, mit lividem Aussehen der Haut, schlaffen Gliedern, ohne zu athmen, und gehen schon in diesem Zustande zu Grunde, oder sie erholen sich in Folge der Belebungsversuche anscheinend, die Respiration kommt in Gang, aber sie bleibt unvollständig, der Schrei ist schwach, die Kinder bleiben halbsoporös, saugen schlecht und erliegen nach wenigen Stunden oder Tagen. Die Unentwickeltheit der Rindencentren ist wohl Schuld daran, dass so selten Lähmungen in Folge dieser Blutergüsse beobachtet werden. Die Diagnose, der reinen Asphyxie und einfacher Lebensschwäche oder primärer Atelektase gegenüber, lässt sich kaum mit einiger Schärfe durchführen, was jedoch praktisch um so weniger von Bedeutung ist, als wir zur raschen Entfernung (wie sie nöthig wäre) solcher Extravasate keinerlei Mittel besitzen. Nicht immer ist der Verlauf ein direct tödtlicher, sondern man findet hie und da während der nächsten paar Wochen bei den Sectionen blasse, derbe, mit Hämatoidinkrystallen durchsetzte Auflagerungen an den Hirnhäuten, Reste solcher Extravasate.

Obwohl bei Neugeborenen am Häufigsten, kommt doch diese Hämorrhagie auch im ganzen übrigen Kindesalter und sogar zwischen 2 und 3 Jahren mit etwas grösserer Häufigkeit vor. Während sie bei Neugeborenen fast nie mit Hämorrhagieen der Hirnsubstanz vorkommt, ist dies später öfter der Fall. Die Ursachen der Hämorrhagie sind, abgesehen vom Geburtsacte, dieselben wie für die Cerebralhämorrhagieen überhaupt, doch müssen wir, im Uebrigen auf die nächsten Blätter verweisend, hier hervorheben, dass dieselben vorwiegend bei sehr kachektischen Kindern sich finden und dass sie oft bei solchen, die an Krämpfen, besonders an eklamptischen Anfällen gestorben waren, vorkommen, wo aller Wahrscheinlichkeit nach die Convulsionen die Hämorrhagieen (Ozanam) und diese mit den Tod verursachen. Die langsame Entstehungsweise, die Abwesenheit aller entzündlichen Reizung, die geringe und ganz diffuse Einwirkung auf die Hemisphären bedingen es, dass die Symptome völlig dunkel sind, wenigstens soweit sie sich auf die

Entstehung und den anfänglichen Verlauf beziehen. Man beobachtet zu dieser Zeit weder Irregularität noch Verlangsamung des Pulses, sondern nur Beschleunigung und einige Völle desselben, weder Obstipation noch öfteres Erbrechen (Legendre fand dasselbe einmal), nur Zeichen von Fieber, Convulsionen und Contractur der Extremitäten. Selbst der Kopfschmerz pflegt zu fehlen oder ist wenigstens nicht durch deutliche Zeichen ausgesprochen, endlich Lähmung, deren plötzlicher Eintritt zu den besten Symptomen gehören würde, wurde nur einmal halbseitig an den Extremitäten von Rilliet und Barthez beobachtet. Doch ist zu erwähnen, dass die Wechselkrämpfe, die sonst in diesem Alter so oft beobachtet werden, durch ihren öfteren Eintritt, der manchmal wochenlang in ziemlich regelmässiger Weise sich wiederholt, und durch ihre Intensität sowie auch die Contractur, welche oft nur auf einige Stunden die Glieder in halbe Beugung versetzt, einiges Charakteristische an sich haben, und dass der lethale Ausgang oft durch intercurrirende pneumonische Affection erfolgt. — Erfolgt nicht rasch der Tod, so ist dem gleichen Vorgange bei Erwachsenen gegenüber sowohl anatomisch als symptomatologisch charakteristisch, dass der Schädel, so lange seine Näthe noch weich sind, also im 2. und 3. Lebensjahre, oft aber auch noch in den nächsten bis zum 7. hin, eine erhebliche Erweiterung erleidet, dass demnach der Druck auf das Gehirn geringer ausfällt, dieses weniger Zeichen von Compression, Abplattung darbietet.

Heilung sehr kleiner Extravasate mit Hinterlassung rothbrauner Pigmentflecke ist anatomisch erwiesen; für die diagnosticirbaren Fälle ist die Prognose ungünstig. Die Behandlung beschränkt sich auf Erfüllung symptomatischer Indicationen, so dass man innerlich kühlende, auf den Darm ableitende Mittel (Mineralsäuren, Mittelsalze), bei sehr schwächlichen, herabgekommenen Kindern freilich auch öfters Excitantien (Arnica, Serpentaria, Aether, Wein) zu reichen, ausserdem die gewöhnlichen Ableitungen an der Haut (Vesicantien oder Sinapismen an die Brust und Extremitäten, vielleicht ein warmes Bad) und bei bestimmten Zeichen von Blutandrang nach dem Schädel, damit etwa noch die Application von kalten Umschlägen und 1—2 Blutegel (ad proc. mastoid.) zu verbinden hätte. Sollte die Diagnose sicher und die erste Gefahr überstanden sein, so kann man die Resorption des ergossenen Blutes in keiner passenderen Weise befördern, als indem man die Kräfte und Ernährung möglichst hebt und stützt, indem Ableitungen, Blutentziehung,

Mercurialien, die man zu diesem Zwecke anwendet, am Ehesten schädlich, gewiss nicht günstig einwirken. Will man übrigens gerade zu diesem Zwecke etwas thun, was den Anschein des Rationellen hat, so ist es noch am Unschuldigsten, an den Nacken oder Kopf Jodsalbe einzureiben.

V. Haemorrhagia cerebralis.

Das Zustandekommen der Hirnhämorrhagieen lässt sich, wie von Dietl angedeutet wurde, auf zwei Hauptursachen zurückführen, abnorme Brüchigkeit der Wände und erhöhten Seitendruck des Inhalts der Gefässe. Wenn nun von der einen Seite aus behauptet wird, dass diese Blutungen für das Kindesalter von gar keiner erheblichen Bedeutung seien, so stimmt dies schlecht damit, wenn z. B. bei den Untersuchungen von Moosherr sich fettige Degenerationen der feineren Hirngefässe auch schon bei kleinen Kindern sehr häufig vorfanden. In der That sind aber auch von Tonnélé, Mauthner, Valleix, Stiebel, Crisp, Reimer u. A. eine ziemliche Zahl solcher Fälle mitgetheilt worden, welche, sowie auch unsere eigenen Beobachtungen schon immerhin einigen Einblick in die Geschichte dieses Leidens erlauben. Ausser dieser Arteriendegeneration, die am Lebenden natürlich keiner Diagnose zugängig ist, sind es besonders andere Hirnkrankheiten: Gliom, Meningitis, Encephalitis, Tuberculosis cerebri u. dgl., welche sowohl zu Gefässerkrankungen in ihrer Nähe, als auch zu localen Fluxionen Veranlassung geben und welche daher auch öfter Hämorrhagie veranlassen. Brüchigkeit der Gefässwände kommt in exquisiter Weise dem Scorbut und Morbus maculosus zu und bei beiden wurden Apoplexieen beobachtet, namentlich aber bei jenen scorbutartigen Zuständen, die öfter im späteren Verlaufe der Pertussis sich entwickeln und bei welchen zugleich die Hustenanfälle den erhöhten Seitendruck veranlassen. Auch andere, zumal acute Blutkrankheiten können durch Ernährungsstörung an den Gefässwänden zu diesen Hämorrhagieen Veranlassung geben, doch kommen dieselben im Verlaufe des Typhus der Kinder, der hämorrhagischen Formen acuter Exantheme u. dgl. nur selten vor, öfter bei Pyämie (Bednar). Auch bei beträchtlichen Hypertrophieen von Leber und Milz wurde sie beobachtet. Ob eine und welche Rolle die miliaren Aneurysmen Charcot und Bouchard's in der Genese der Hirnhämorrhagie der Kinder spielen, wird erst noch zu untersuchen sein. Das an-

dere Moment, erhöhter Seitendruck, macht sich hauptsächlich geltend bei solchen mit Herz-Hypertrophie, während starker Dyspnoë, bei Krampf- und Hustenanfällen, endlich dort, wo mechanische Hindernisse dem Abflusse des Blutes aus der Schädelhöhle entgegen stehen: tuberculöse Bronchialdrüsen, die die Cava comprimiren (Berton), Thrombosen in den Hirnsinus (Tonnélé). Auch die im frühen Kindesalter viel vertretenen traumatischen Blutungen lassen sich theilweise auf Drucksteigerungen in den Gefässen zurückbeziehen. Im Uebrigen geht aus den Beobachtungen, welche wir vergleichen konnten, hervor, dass sie in allen Abschnitten des Kindesalters vorkommt, allerdings je näher der Geburt, um so häufiger, dass sie bei Neugeborenen mehr das männliche Geschlecht (14 : 6 in den Fällen von Valleix und Bednar), bei älteren Kindern mehr das weibliche Geschlecht befällt.

Das anatomische Verhalten differirt in keiner Weise von demjenigen, wie es auch der blutigen Apoplexie der Erwachsenen zu Grunde liegt, nur kommt frische Capillarapoplexie, besonders der Hirnrinde in stecknadelkopfgrossen, oft reichlich beisammenstehenden rothen Flecken, hie und da mit einem blassen rothen Hofe umgeben, häufiger (fast in der Hälfte der Fälle von Hämorrhagie des Hirns) zur Beobachtung und zeigen im Uebrigen die Heerde eine geringere (Erbsen-, Bohnen-) Grösse, so dass solche von dem Umfange eines Eies schon zu den Seltenheiten gehören. Der Sitz dieser Veränderungen ist ein überaus wechselnder und lässt sich für denselben, gerade da in den vorliegenden Beobachtungen fast alle Lokalitäten vertreten sind, keine andere Regel aufstellen als etwa die, dass die Gegend des Thalamus und Streifenhügels bei Kindern nicht in gleicher Weise, wie bei Erwachsenen prädilecter Sitz ist, dann dass verhältnissmässig oft Hämorrhagien in die Ventrikel vorkommen, endlich dass das grosse öfter als das kleine Hirn, und dieses mehr als Pons und Medulla befallen werden. — Mit diesen Veränderungen sind oft noch zahlreiche anderweitige combinirt: so Hämorrhagien, besonders solche des Cavum arachnoideae, der Dura, der Pia, Cephalämatome (bei Neugeborenen), Hämorrhagieen der Pleura, des Perikards, Hirnhyperämie, oder sie finden sich in der bereits angedeuteten Weise mit organischen Hirnkrankheiten combinirt, oder endlich es sind prädisponirende anatomische Läsionen an anderen Organen zugegen (Herzhypertrophie, in specie Aorteninsufficienz, Translocation der Aorta, chronische Intumescenzen der Milz und Leber, Venencompression oder Thrombosis). — Was die

Zeichen dieses Leidens betrifft, so sind dieselben weit weniger charakteristisch, weniger insultorisch, oder um es kurz zu bezeichnen, weniger apoplektisch, mehr convulsivisch, je jünger die Kinder sind. Diese Zeichen liegen in den verschiedenen Fällen so weit auseinander, dass wir, ohne deren streng gesonderte Existenz behaupten zu wollen, es versuchen, einige gesonderte Formen aufzustellen.

1) Haemorrhagia adnata: Asphyktischer Zustand nach schweren Geburten, cyanotisches Aussehen, starke Blutgeschwulst des Kopfes, pralle Spannung der Nähte und Fontanellen, Irregularität von Puls und Respiration, Tod innerhalb der Asphyxie oder nach ein- bis mehrtägigem Leben mit Schwäche und unvollständiger Respiration.

2) H. neonatorum (innerhalb der ersten Lebenswochen): Länger dauerndes oder wiederkehrendes Erythem der Haut, plötzlicher Eintritt von Convulsionen, pralle Wölbung der vorher eingesunkenen oder flachen Fontanelle, die Convulsionen sehr verbreitet, lange andauernd, namentlich in Form von beständigem Zittern der Extremitäten, von öfterem Verziehen des Gesichts, Nystagmus, häufiger abgebrochener Schrei, der oft stundenlang sich bei jedem Athemzuge wiederholt; allmälig Stertor, irreguläre Respiration, hohe Frequenz des vorher langsamen, irregulären Pulses.

3) H. ex thrombosi sinuum (Fälle von Tonnélé, Valleix, West und mir). Die vorher eingesunkene Fontanelle wird binnen kurzer Zeit vorgetrieben, schwere Hirnsymptome (die der Thrombose) gehen voraus, erleiden aber mit den Eintritt der Apoplexie eine beträchtliche Steigerung.

4) H. dyscrasica: Auf der Höhe oder in der beginnenden Reconvalescenz von Typhus, acuten Exanthemen, bei scorbutischen Zuständen eintretende Lähmungen, convulsivische Anfälle, die in tiefe Prostration und schliesslich in Tod übergehen.

Unter den einzelnen Symptomen gibt es wenige, die einigermassen charakteristisch wären, am Ehesten ist dies noch mit der plötzlichen Vernichtung des Bewusstseins und der Herrschaft über die Glieder der Fall, die bisweilen bei älteren Kindern, analog wie bei Erwachsenen, getroffen wird.

Zu meiner eigenen Beobachtung kamen 12 Fälle, 8 bei Knaben, 4 bei Mädchen, davon 4 in der 1., 2 in der 4., 1 in der 6. Lebenswoche, eines mit 3 Monaten, 2 mit 1½, 1 mit 2, 1 mit 5 Jahren. Diese Hamorrhagieen in der Schädelhöhle betrafen gerade zur Hälfte das Grosshirn in ausgedehnten Heerden

(davon 2 bei Sinus-Thrombose, 1 bei Cholera infant. ohne solche), dreimal die Pia und Corticalis, und lagen 2mal unter der Dura, 4mal im Sack der Arachnoidea. Krankheiten, die als Ursache betrachtet werden konnten, waren: Thrombosis sinuum 3mal, Tuberc. cerebri 1mal, Icterus neonat. gravis 2mal, Cholera 2, Eklampsie 1, Pneumonie 1, Spasmus glottidis einmal; in einem Falle war keine nähere Ursache aufzufinden.

Ausserdem sind von grossem Werthe: bei Neugeborenen das längere Rothbleiben oder der erneuerte Eintritt der Röthe der Haut, bei Säuglingen plötzliches Prall- und Gespanntwerden der Fontanelle, plötzlich eintretende, mit Bewusstlosigkeit verbundene und länger andauernde Schüttel- oder Zitterkrämpfe der Extremitäten, dann die in seltenen Fällen schon in den ersten Lebenstagen, öfter bei älteren Kindern vorkommenden halbseitigen Lähmungen der Extremitäten und des Gesichts (Fall von Vernois bei Valleix), besonders wenn dieselbe mit Erbrechen und intensivem Kopfschmerze verbunden ist. Die Diagnose bleibt immerhin in vielen Fällen unsicher oder unmöglich, so bei Hämorrhagieen, die auf der Höhe schwerer Krankheiten eintreten, bei solchen, die im Verlaufe von organischen Hirnerkrankungen als Complicationen hinzutreten, besonders wenn sie, wie gewöhnlich bei Meningitis und Encephalitis, nur capillärer Natur sind. Ueberhaupt aber werden capilläre Blutungen, sofern sie nicht massenhaft beisammen an functionell besonders wichtigen Lokalitäten gelagert sind, kaum andere Symptome liefern als die intensiver Hirnhyperämie. Bekanntlich ist es nicht allein die Grösse des Ergusses und die Raschheit, mit der er gesetzt wird, sondern auch ganz wesentlich die Lokalität, welche die Gestaltung und Deutlichkeit der Symptome bedingt. Die Inconstanz des Ortes der blutigen Apoplexie und die noch grössere Inconstanz ihrer Symptome bringt es mit sich, dass ihre Unterscheidung von vielen anderen theils materiellen, theils functionellen Hirnkrankheiten überaus schwierig ist. Der Verlauf ist bald rasch, die Kranken stürzen bewusstlos zusammen und sterben unter Convulsionen, bald über mehrere Tage ausgedehnt, jedoch selten bis auf eine oder mehrere Wochen sich erstreckend, daher denn auch die Heilungsprozesse derselben (gelbe Narbe, Cyste) sehr selten bei Kindern zur Beobachtung kommen. Doch sind völlige Heilungen nicht allein bei ganz kleinen Blutaustritten wohl denkbar, sondern sie sind auch, wo alle Symptome für grössere Heerde übereinstimmten, beobachtet.

Hirnblutung von einigem Umfange, die im frühesten Kindesalter und weiter bis zum 9. Jahre hin erfolgt, kann, soferne sie

motorische Apparate in grösserer Ausdehnung zerstört, nicht allein wie bei Erwachsenen dauernde Lähmung, sondern auch Wachsthumshemmung zur Folge haben. Hierher gehören viele Fälle von Agenesie, vorzüglich diejenigen, in welchen man eine harte, rothpigmentirte Narbe inmitten der atrophischen Hirnhemisphäre fand. Die Atrophie setzt sich durch Kleinhirn, Pons und Pyramidenkreuzung nach den Vordersträngen und selbst vorderen Wurzeln der entgegengesetzten Seite fort. Verdickung der Schädelknochen und Hydrocephalus füllt zum Theil die Stelle des atrophischen Hirnes aus. Die Extremitäten der gegenüberliegenden Seite, gewöhnlich der rechten, sind kleiner an Länge und Umfang, schwerbeweglich durch Contractur ihrer Beugemuskeln. Der Umfang der ganzen Seite ist kleiner. Selbst am Kehlkopf bleibt die eine Hälfte kleiner. Diese Personen bleiben häufig in ihrer geistigen Entwickelung zurück und sind epileptischen Anfällen ausgesetzt. Die Verkümmerung betrifft die vom Rumpfe entferntesten Glieder am Stärksten, manchmal mit seltsamer Ausnahme einzelner. So sah ich an der atrophischen Hand eines Knaben, der vor 5 Jahren, damals 9 Jahre alt, nach einem Fall in kaltes Wasser halbseitig gelähmt worden war, die zwei Finger der Radialseite nicht allein erhalten, sondern von ungewöhnlicher Grösse. Die Sensibilität der atrophischen Theile ist nicht oder in geringem Mass verringert. Gesichtshälfte und Ohr nehmen an der Atrophie Theil.

Obwohl ich nicht zweifle, dass auch embolische Erweichung und mancher andere die grossen Ganglien am Boden des Seitenventrikels im Kindesalter treffende Zerstörungsprozess eine solche Agenesie bewirken kann, glaube ich doch nach einer Anzahl von Krankengeschichten, dass ganz besonders oft die Hirnblutungen, wo sie zur Heilung gelangen, diese Folge zurücklassen.

Für die Prognose gilt die Regel, je jünger das Kind, je wichtiger die Function des betreffenden Hirntheiles, je grösser der Erguss, um so ungünstiger die Aussichten. Die nach der Hirnblutung selbst im günstigen Falle zurückbleibende Lähmung ist viel hartnäckiger, als die von Embolie herrührende. Je jünger das Kind, desto grösser die Gefahr, dass selbst im günstigen Falle der Erhaltung des Lebens die gelähmten Theile in ihrem Wachsthum zuzückbleiben und völlig unbrauchbar werden. Im Anfalle ist es nöthig, der Fortdauer der Blutung durch kalte Umschläge auf den Kopf entgegenzuwirken, ausserdem werden gewöhnlich salinische Abführmittel innerlich, abführende Klystiere und Senfteig auf die

Waden angewandt. Bei vollsaftigen Kindern mit cyanotischem Gesichte, stark pulsirender Carotis, vollem langsamem Pulse dürften einige Blutegel an den Processus mastoideus anzusetzen sein. Erst gegen die Grenze des Kindesalters hin kommen auf die gleichen Indicationen hin allgemeine Blutentziehungen in Frage. Dauert die Bewusstlosigkeit lange, so sind excitirende Mittel zu versuchen (Wein, Aether, Moschus, Arnica, Serpentaria). In der nächsten Zeit nach dem Anfalle, während der Reactionsperiode, passen kühlende salinische und säuerliche Mittel. Bleibt Lähmung und Wachsthumshemmung einer Körperhälfte zurück, so kann frühestens nach Jahresfrist mit der Anwendung der Elektricität und der Heilgymnastik begonnen werden.

VI. Embolie der Hirnarterien.

Cohn: Klinik der embolischen Gefässkrankheiten. Berl. 1860 p. 363 u. 687.
E. Lancereaux: De la thrombose et de l'embolie cérébrales. Paris, 1862.
Erlenmeyer: Die Embolie der Hirnarterien. II. Aufl. Neuwied 1867.
J. Eisenschitz: Embolie der Art. foss. Sylvii. Tod. — Wien. med. Presse 1866. p. 286.
Id.: Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. II. 93.
Wrany und Neureuther: Oestr. Jahrb. f. Pädiatrik. N. F. 1871. Bd. II.
Heydloff: Ein Fall von Endarteriitis ac. der Aortenklappen und der Aort. adsc. im Kindesalter: D. Zeitschrift f pract. Heilkde. 1876. 13.
J. Killian: Beiträge zu der Lehre von den macrosc. intracraniellen Aneurysmen. Diss. Würzburg 1879.

Verschwemmung von Gerinnseln, gebildet in den Lungenvenen bei chronischer Pneumonie, in den Herzhöhlen der linken Seite, und von Auflagerungen, Auswüchsen, oder lossgerissenen Stücken der linksseitigen Herzklappen nach einer Hirnarterie bewirkt eine acut eintretende Störung in der Ernährung grösserer oder kleinerer Theile des Gehirns. Ist eine der vier grossen Hirnarterien Sitz der Verstopfung, so erfolgt ohnmachtartige Bewusstlosigkeit, Schwäche oder Vertaubung der Extremitäten der anderen Seite, aber die drei anderen Gefässe führen bald durch den Circulus Willisii Blut genug zu dem anämisch gewordenen Bezirke, so dass dessen Ernährung und Function wieder hergestellt wird. Wird dagegen ein Ast jenseits des Circulus verstopft, so hört die Ernährung und Function des von diesem Aste versorgten Hirntheiles plötzlich auf, er tritt durch Lockerung seiner Textur und rückläufige Hyperämie in den Zustand der rothen Erweichung. Die in den Bereich des

Erweichungsheerdes fallenden motorischen und sensibeln Fasern leiten nicht mehr, die auf diese Weise abgeschnittenen oder mit zerstörtem Centralapparate liefern keine Zeichen ihrer Thätigkeit mehr. Die roth erweichte Stelle wandelt sich später in eine Cyste oder ockerfarbene Narbe um; nur wo der Embolus septisch inficirt war und in eine Arterie des Rindenbezirks wanderte, in einen Abscess. Fast die Hälfte aller Emboli findet den Weg in die Art. foss. Sylvii, etwa ein Viertel aller Emboli findet sich in der Carotis interna vor, so dass wenig über ein Viertel auf alle anderen Arterien kommt. Aus dem Kindesalter sind mir nur Embolieen der Art. foss. Sylvii und der Carotis interna (Addison und Rees, 14jähriges Mädchen) bekannt. Die Embolie der Art. fossae Sylvii setzt ihren Erweichungsheerd in dem Corpus striatum, dem Linsenkern, der inneren Kapsel und bei vollständiger Verstopfung ihres Anfanges noch in dem von da nach den Stirnwindungen zu gelegenen Theile der weissen Substanz und in einem grossen die wichtigsten Centren umfassenden Rindenbezirke. Ihres geraderen Abganges halber wird die linke Carotis und Art. foss. Sylvii häufiger befallen als die rechte. Durch Embolie werden auch Aneurysmen von Hirnarterien verursacht. Für das Kindesalter dürfte sogar diese Ursache die bedeutsamste sein, neben der nur noch den traumatischen Einwirkungen einiger Einfluss zuzugestehen sein möchte.

Ist die Embolie nach Umfang und Vollständigkeit geeignet, hochgradige Störung der Circulation zu bewirken, so tritt ein plötzlicher Anfall von Bewusstlosigkeit, selbst mit Krämpfen ein, aus dem der Kranke mit (meist rechtseitiger) Lähmung der Extremitäten, des Facialis, Oculomotorius und Opticus hervorgeht. Die Lähmung der Extremitäten ist Anfangs vollständig, die des Facialis betrifft den Sphincter palpebr. und die Muskeln der Stirne nicht mit, die des Oculomotorius und Opticus ist sehr unvollständig und schwindet rasch. Oft fehlt die Bewusstlosigkeit oder ist unvollständig, nur der plötzliche Eintritt halbseitiger Lähmung ist dann bezeichnend. Diese Lähmung vermindert sich bald im Gesichte und an den sensibeln Nerven der Extremitäten. Dann kommt auch die motorische Lähmung des Fusses, zuletzt die des Armes zur Besserung, selten zu einer Art von Heilung. Reizungserscheinungen hängen mit dem embolischen Acte häufig zusammen, besonders im Kindesalter: krampfhafte Bewegungen der Extremitäten der Seite, die eben gelähmt wird, oder die eine Seite ist gelähmt, die andere in fortwährenden Convulsionen. Diess sind schwere Fälle mit lang

dauernder Bewusstlosigkeit, baldigem Tode. Ein Beispiel bietet die Beobachtung von Eisenschitz. Drittens kommen bei doppelseitiger Embolie convulsivische, epileptiforme Anfälle vor. In einem Falle von Burrows dauerte nach dem Anfall heftiger Kopfschmerz an. Wo der Tod weder durch massenhafte Embolie vieler Gefässe alsbald eintritt, noch auch in Folge von Herz- oder Lungenkrankheit in den nächsten Wochen oder Monaten, tritt starke Wachsthumshemmung an den gelähmten Extremitäten auf; auch die Schädelhälfte auf Seiten der Hirnkrankheit bleibt kleiner. Erstrekt sich der Erweichungsheerd auch auf die Stirnwindungen, so vernichtet er die Fähigkeit, Gedanken in Sprachbilder umzusetzen (Aphasie). Die meisten Fälle von Verlust des Sprachvermögens sind von rother Erweichung des unteren Theiles der linken dritten Stirnwindung abhängig. Multiple Capillarembolieen der Hirnarterien gelten als Ursache der Chorea minor. Die häufig mit, vor oder nach Chorea vorkommenden Hemiplegien sind als Folge gröberer Embolie der Aeste der Art. foss. Sylv. zu deuten.

Die Unterscheidung von Embolie und autochthoner auf Atherom oder syphilitischer Endarteriitis beruhender Thrombose, die bei Erwachsenen grosse Schwierigkeiten macht, kommt bei Kindern kaum in Frage. Um so schwieriger ist die Unterscheidung von Hirnblutung und embolischer Erweichung. Beide geschehen plötzlich, haben genau denselben prädilecten Sitz im Gehirne: linken Streifenhügel und Linsenkern, und bewirken desshalb gewöhnlich genau dieselben Lähmungssymptome, die sich wohl bessern, aber ohne neuen Anfall nie weiter ausbreiten können. Zur Unterscheidung müssen verwendet werden: Nachweisbarkeit embolischer Quellen, namentlich florider Endokarditis, gleichzeitige Embolieen in andere Körperarterien (bei Addison und Rees Art. lienalis und renalis), unvollständige Bewusstlosigkeit und blasses Aussehen beim Anfalle, raschere Besserung der Lähmung als dies bei Hämorrhagieen stattfindet. Ein Theil der Lähmung kann rückgängig werden durch collaterale Blutzufuhr zu den embolisch ausser Ernährung gesetzten Hirntheilen.

Die Prognose ist nicht ganz ungünstig für die Erhaltung des Lebens. Die Embolie an und für sich tödtet in einer Anzahl von Fällen durch Hirnanämie unter andauernder Bewusstlosigkeit, Convulsionen, unfreiwilligem Koth- und Urinabgang, intensiver Athemnoth. Tritt der Kranke aus dem Stadium des Anfalles in jenes der stationären (oder sich zurückbildenden) Lähmung über, so

hängt die Dauer seines Lebens nicht von dem vorhandenen Hirndefect, sondern von der Herz- oder Lungenkrankheit ab, von der das embolische Material herstammte. Auch in den günstigeren Fällen sind Atrophie, Contractur und andauernde Lähmung zu fürchten.

Bei der Behandlung sind alle schwächenden Eingriffe zu vermeiden. Oertliche Blutentziehung würde nur für indicirt gelten können bei über 1 Stunde andauernder Bewusstlosigkeit und starker Anfüllung der Gesichts- und Halsvenen. Auch da habe ich bis jetzt keinen nennenswerthen Erfolg davon gesehen. Während des apoplektischen Anfalles sind Reizmittel auf die Haut und die zugängigen Schleimhäute anzuwenden: Senfteige, Riechen an Ammoniak oder Aqu. Coloniens.; Bestreichen der Mundschleimhaut mit Branntwein. Im Stadium der stationären Lähmung ist tonisirendes Verfahren, zeitweise zwischendurch Digitalisanwendung, örtlich vorsichtige Faradisation der gelähmten Muskeln indicirt.

VII. Pachymeningitis interna haemorrhagica.

J. Kremiansky: Ueber die Pachymeningitis interna haemorrhagica bei Menschen und Hunden. Virch. Arch. XLII p. 129 und 321.

Guido Weber: Ueber das Hämatom der Dura mater. Arch. d. Heilk. I. p. 453.

Ogle: Schmidt's Jahrb. CXII. p. 174. F. 15.

B. Wagner: Ueber das Hämatom der Dura mater. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. p. 106.

Steffen: Ibid. p. 155. Paulicki: Ibid. II. p. 438. S. Moses: ibid. IV. 152.

Rilliet und Barthez Bd. II. p. 248 u. f.

Reimer: Jahrb. f. Kinderkrankh. X. S. 68.

Die harte Hirnhaut erhält von den drei an ihrer Aussenseite liegenden Arteriae meningeae ihr Ernährungsmaterial; Anastomosen zwischen denselben finden nur auf capillarem Wege statt; ihre Venen dagegen anastomosiren in mannigfacher Weise. Chronische arterielle, seltener venöse Hyperämie der Dura mater bildet eine Grundbedingung für die Entstehung gefässreicher entzündlicher Gewebswucherung an ihrer Innenfläche. Von den durch arterielle Fluxion angeregten Formen wird vorwiegend das Gebiet der A. mening. media, die Gegend des Seitenwandbeins, betroffen. Durch venöse Hyperämie verursachte Pachymeningitis kommt mehr ausgebreitet oder an verschiedenen Stellen zerstreut vor. Die Dura mater zeigt einen weichen, gelblichen oder blass rostfarbenen Anflug an ihrer Innenseite, der mikroskopisch aus einer zellen-, ge-

fäss- und pigmentreichen Wucherungsschichte besteht. Indem sich diese Auflagerung verdickt, erlangt sie einen geschichteten Bau. Gleichzeitig findet in manchen Formen ein geringer seröser Erguss zwischen Arachnoidea und der Neubildung statt, so dass die Dura etwas gehoben und gespannt wird. Dann aber tritt häufig, namentlich unter dem Einflusse auch geringerer äusserer Gewalt, die auf den Schädel einwirkt, eine Blutung zwischen die Schichten der Neubildung ein, die einen die betreffende Gehirnhemisphäre von Oben comprimirenden Sack bildet. Ein solcher findet sich nur auf einer Seite, oder auf einer grösser, selten beiderseits gleichmässig entwickelt, in der Scheitelbeingegend vor. Aus dieser der Innenseite der harten Hirnhaut anhaftenden Blutcyste kann bei längerem Bestande eine seröse Cyste mit pigmentreichen Wänden werden, ja es kann der ganze Inhalt zur Resorption und die ganze Verdickungsschichte zur Schrumpfung kommen, so dass selbst, wenn die Pachymeningitis schon zur Bildung des Hämatoms geführt hatte, noch Heilung eintreten kann.

Die grösste Häufigkeit dieses Zustandes fällt unbedingt in das spätere Mannes- und Greisenalter. Seine ergiebige Ursache ist der fortgesetzte Branntweinrausch, der das Kindesalter noch wenig berührt. Dennoch ist nicht allein die frühere Angabe, dass das Hämatom im Kindesalter nicht vorkomme, irrig, sondern die Krankheit ist sogar in den ersten 15 Lebensjahren häufiger, als in den zweiten. Gegen die Grenze des Kindesalters hin sind schon einige Fälle durch den Branntweingenuss bedingt; so beschreiben Rilliet und Barthez diese Krankheit als neben Cirrhose vorgekommen. Sie findet sich ferner neben hämorrhagischer Diathese (B. Wagner), bei Tuberculösen; ob auch bei anderen Stauung erregenden Lungen- und Herzkrankheiten, ist für das Kindesalter noch zu erweisen. Dagegen scheinen Blutungen an der Hirnoberfläche und zwischen den Hirnhäuten sie ziemlich oft hervorgerufen zu haben. Ob Syphilis schon im Kindesalter ihr zu Grunde liegen kann, und inwiefern Contusionen sie erregen oder nur verschlimmern, lasse ich dahingestellt. Die beschriebenen Fälle stehen zwischen 9 Monaten und dem 14. Jahr; die meisten derselben fallen zwischen das 2. und 4. Jahr.

Die Symptome bestehen zunächst in einem Krampfanfall, der entweder erst nach längerer, beschwerdefreier Zeit sich wiederholt und dann oder sofort von Anfang an einen schlafsüchtigen Zustand nach sich zieht. Verengerung der Pupillen wird mehrmals

angegeben. Selten ist halbseitige Lähmung vorhanden. Nach dem ersten Krampfanfalle kann Kopfschmerz zurückbleiben. Auf geringe Erschütterung des Kopfes oder des ganzen Körpers hin kehrt der Krampfanfall wieder. Der manifeste Verlauf entspricht offenbar erst der Zeit der Hämatombildung, die Pachymeningitis an und für sich macht so gut wie keine Symptome. Bei Säuglingen hat die chronisch fortbestehende Hämatombildung ähnliche Erweiterung des Schädels wie bei Hydrocephalus zur Folge. In einem derartigen Falle von Steffen wurde abendliche Temperatursteigerung bis zu 40° C. beobachtet. Die Dauer der Krankheit beträgt wenige Tage bis einige Monate; der tödtliche Ausgang ist der ganz gewöhnliche.

Die Erkennung der Haematombildung ist bis jetzt noch sehr schwierig. Wo Tuberculose zu Grunde liegt, wird man weit eher versucht sein, Hirntuberculose und Basilarmeningitis anzunehmen. Am Ersten dürfte noch bei Branntweintrinkern und bei Purpurakranken die Erkennung möglich sein. Man wird sich dabei besonders auf den Beginn mit Krämpfen, die spätere Schlafsucht und die Verengerung der Pupillen stützen. Die Behandlung wird besonders wirksam geführt durch fortgesetzte kalte Umschläge auf den Kopf. Ausserdem sind leichte Abführmittel, Kalisalze und Jodeinreibungen zu empfehlen.

VII. Meningitis tuberculosa.

M. basilaris, Hydrocephalus acutus, Morbus Whytii, hitzige Gehirnhöhlenwassersucht.

R. Whytt: On the dropsy of the brain 1768.
H. Hahn: Die Meningitis tuberculosa vom klinischen Gesichtspuncte betrachtet. Preisschrift. Deutsch von Pauls. Köln 1857.
Hessert: Ueber tuberculöse Meningitis. Diss. Würzb. 1860.
Förster: Ueber einige Hirn- und Nervenkrankheiten bei Kindern. Schmidt's Jahrb. 121. p. 66.
Einige Bemerkungen zur richtigen Beurtheilung der tuberculösen Meningitis. Journ. f. Kinderkrankh. XL. p. 161.
A. Steffen: Ueber Miliartuberculose und Tuberculose der Chorioida. Jahrb. f. Kinderkrankh. II. p. 315.

Der anatomische Befund ist derart, dass die Hüllen des Gehirnes stark gespannt erscheinen, die Arachnoidea an der Oberfläche der Hemisphären trocken, glatt und etwas glänzend, wie gefirnisst, aussieht, die grösseren Gefässe blutleer erscheinen und die Gyri in

mässigem Grade abgeplattet sind. Beim Herausschneiden des Gehirnes ergiesst sich eine Menge seröser, sehr selten molkig oder eitrig trüber Flüssigkeit, deren sich dann in den dilatirten Ventrikeln noch mehr (bis ℥iv) vorfindet. Die Pia mater der Convexität der Hemisphären, sehr selten in analoger Weise wie jene der Basis mit Tuberkeln besetzt, zeigt sich in dem Maasse mehr hyperämisch, als die erwähnte Flüssigkeitsanhäufung in den Ventrikeln ausnahmsweise fehlte oder gering war. Sehr oft findet sich die Hirnsubstanz in der Umgebung der Ventrikelwandung (Thalamus, Corpus striatum, Fornix) im Zustande weisser Erweichung oder doch stark serös durchtränkt, das Ependym sehr weich und zerreisslich. Die wesentlichsten Veränderungen bietet jedoch die Hirnbasis und zwar am Meisten die Umgebung des Chiasma und die Strecke von da bis zum Pons, dann die Fossa Sylvii. An diesen Stellen am Reichlichsten findet sich in die Maschen der Pia ein graugelbes, gallertartiges oder mehr faserstoff- oder mehr eiterähnliches Exsudat eingelagert. Theils zwischen diesen Massen, theils an entfernten Stellen an der Rückseite der intensiv hyperämischen Pia (beim Abziehen sichtbar) finden sich die charakteristischen grauen oder graugelben miliaren Knötchen, bald sehr vereinzelt, bald massenhaft zusammengehäuft. Sie folgen namentlich dem Zuge der grossen Gefässe und finden sich auch, wo sie zu fehlen schienen, noch manchmal bei genauem Durchforschen der Fossa Sylvii. Bald findet sich starker Hydrocephalus mit geringfügigen Veränderungen der Hirnhäute, bald umgekehrt; auch kann Hyperämie und sulziges Exsudat sehr wenig vertreten sein (Miliartuberculose der Pia), oder die Tuberkeln fehlen (einfache Meningitis basilaris), weitaus am Häufigsten jedoch kommen beide miteinander vor. Von anderweitigen Veränderungen innerhalb der Schädelhöhle sind zu erwähnen: häufig zugleich vorkommende Hirntuberkel, zu welchen erst terminal die Meningitis hinzutrat, grössere gelbe Anhäufungen von tuberculöser Masse in der Pia in Form von Platten, kleinere oder grössere Hämorrhagieen der Corticalis oder der Hirnhäute. Ferner findet sich sowohl in Arterien wie in Venen bisweilen autochthone Thrombose vor, begünstigt durch den hohen Druck in der Schädelhöhle, gefolgt von rother Erweichung. Neben den frischen Processen finden sich nur sehr selten verkreidete miliare Knötchen und derbe schwielige Verdickungen der Hirnhäute an der Basis (Heilung und Recidive). In den übrigen Organen trifft man oft sehr verbreitete, besonders auf den serösen Häuten reichlich entwickelte Miliartuberculose, regel-

mässig einzelne gelbe Knoten in den Lungen, den Bronchialdrüsen oder anderen Stellen, bald auch — als äusserste Rarität — keine Spur von Tuberculose oder scrophulöser Entzündung.

Was die Ursachen anbelangt, so kennen wir directe Ursachen so gut wie gar nicht, und es lässt sich nur angeben, dass überwiegend Kinder befallen werden und zwar meist zwischen 1 und 8 Jahren. Mädchen erliegen diesem Leiden etwas weniger häufig als Knaben. Man sieht wohl schon vorher evident tuberculöse oder scrophulöse Kinder erkranken, und bisweilen gerade bei diesen das Krankheitsbild mehr in Form der allgemeinen Tuberculose ausgesprochen, allein es ist wohl noch häufiger, dass anscheinend ganz blühende, wohlgenährte Kinder diesem Leiden verfallen; freilich pflegt dann auch die Section ältere Tuberkelheerde nachzuweisen. Solche, die mit Hirntuberkeln, mit Caries des Felsenbeines, mit Malum Pottii, mit käsiger Entzündung der Halsdrüsen behaftet sind, scheinen besonders in Gefahr. Oft sieht man mehrere Kinder einer Familie, oder z. B. nur die männlichen Kinder einer Familie, oder nur die, die künstlich aufgefüttert wurden, daran erliegen. Gelegenheits-Ursachen für den Ausbruch der Krankheit werden öfter angegeben, dürften jedoch meistens nur eine Steigerung der vorher geringfügigen Symptome verursacht haben. Kaum der Erwähnung bedarf es, dass übrigens alle jene Ursachen dieser Krankheit ihre volle Geltung haben, welche der Tuberculose im Allgemeinen zu Grunde liegen. Dahin gehören z. B. das hereditäre Moment, Vorausgehen von Keuchhusten, Morbillen etc., ungesunde Nahrung und Wohnung. Doch kann der Einfluss letzterer Ursachen nicht sehr bedeutend sein, da keineswegs die Kinder der ärmeren Klassen allein oder sehr überwiegend betroffen werden. Manche glauben, dass die rasche Entwicklung des Gehirns bei Kindern die relative Häufigkeit der Tuberculose in ihm und seinen Hüllen erkläre. Am leichtesten erklärlich sind jene Fälle, in welchen eine käsig erweichte Bronchialdrüse in eine Pulmonalvene durchbrochen ist und ihren bröckelichen Inhalt dem Blutstrome zur Verstreuung übergeben hat.

Bezüglich der Häufigkeit rechnet Nasse, dass in Preussen von 15 Milionen jährlich 30,000 an dieser Krankheit starben. Oesterlen erwähnt für Genf 0,07% der Einwohner 3,4% der Todesfälle, für England 0,03—0,04% der Einwohner, 1,6—1,8% der Todesfälle. Das Vorwiegen der Krankheit bei Kindern ist so stark, dass den ersten 10 Lebensjahren 9/10 aller Fälle angehören. Meist wird das Alter von 1—3 Jahren als das häufigst befallene

angegeben, doch wechselt dies etwas nach Ort und Zeit. Unter den Erkrankten befinden sich allenthalben etwas mehr Knaben als Mädchen. Ebenso constant ist häufigeres Vorkommen dieses Leidens im Winter und Frühjahr, als im Sommer und Herbste. Angeboren kommt diese Krankheit nicht vor, wohl aber schon nach einer Lebensdauer von wenigen Monaten.

Ganz gewöhnlich beobachtet man eine Art von prodromalem Stadium während einer Anzahl von Tagen oder Wochen. Es sind aber eigentlich Pseudo-prodromi; es sind die Zeichen von Krankheiten, die sich zur Meningitis tuberculosa verhalten wie Thrombose zur Embolie oder wie vorausgegangene grobe zur nachfolgenden capillären Embolie. Man kann sie in phthisische Erscheinungen und Hirnerscheinungen trennen. Erstere Form spricht sich aus durch leichte irreguläre Fieberbewegung, Abmagerung, Neigung zu Schweissen, Anämie, respiratorischen oder intestinalen Katarrh, die zweite durch Kopfschmerz, plötzliches Auffahren oder Zähneknirschen im Schlafe, vorübergehende Sinnestäuschungen und verschiedene vereinzelte, mehr locale Störungen. Die phthisischen Zeichen überwiegen dort, wo käsige Entzündung der Lungen oder Bronchialdrüsen unvermittelt die Grundlage der acuten Tuberculose bildet, die cerebralen, wo chronische Tuberculose des Hirns oder der Pia zwischen beide eingeschoben ist. Die unangekündigt beginnenden Fälle entsprechen jenen ganz seltenen und bei recht genauer Untersuchung immer seltener werdenden Fällen, in welchen die Tuberculose der weichen Hirnhäute in einem sonst ganz gesunden Körper auftritt, oder jenen etwas häufigeren, in welchen sehr geringfügige, zur Latenz ihrem Sitze nach berechtigte Heerde das Infectionsmaterial geliefert haben mussten.

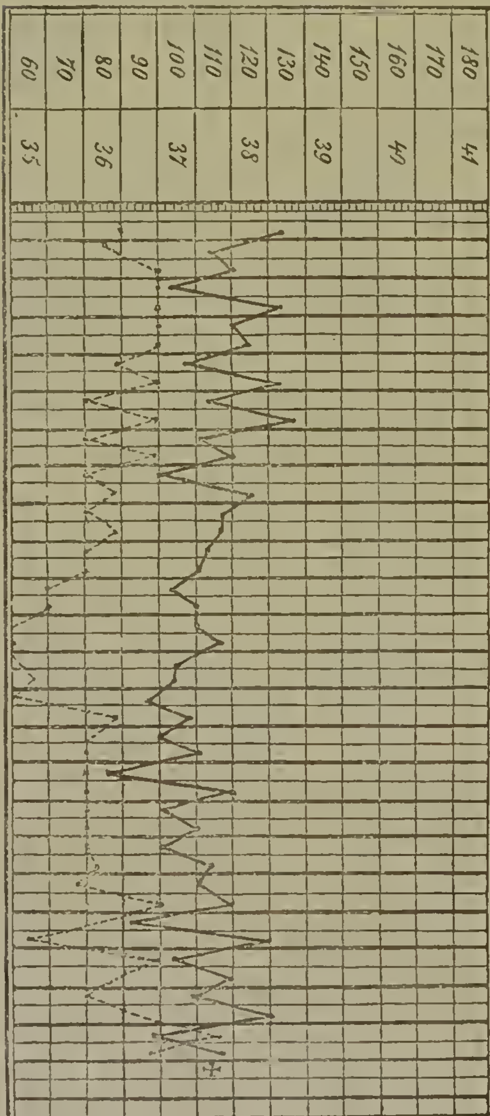
Der eigentliche Krankheitsbeginn ist selten durch Frost oder plötzlichen Fiebereintritt markirt, aber er wird zumeist kenntlich durch den Eintritt spontanen Erbrechens, durch den Eintritt heftiger Kopfschmerzen, oder durch die Steigerung, das Andauerndwerden derselben, wo sie früher schon bestanden. Weniger constant zeigen sich Gehörstäuschung, Ohrensausen, dann Schwindel, den die Kranken manchmal durch den öfteren Ruf: «ich falle», zu erkennen geben, und der wohl auch mit den taumelnden Gang der Meningitischen bedingt, wenn man sie aus dem Bette kommen lässt. Unter fortwährendem Kopfschmerze, selten ohne dass das Erbrechen noch mehrmals sich wiederholte, stellen sich nun eine Reihe wichtiger Zeichen ein, zunächst Fieber, das all-

mählig sich steigert, abendliche Exacerbationen macht und sich durch frequenten, irregulären, bisweilen undulirenden oder selbst dicroten Puls, durch erhöhte Hauttemperatur von unregelmässigem Gange, mit bedeutenden atypischen Remissionen (Roger), durch echauffirtes Aussehen, Verlust des Appetites, erhöhten Durst, unruhigen Schlaf zu erkennen gibt. Namentlich jähes Aufschreien kommt häufig (Coindet) dem Beginne dieser Krankheit zu. Der Stuhl ist von Anfang an, die Einwirkung besonderer Darmerkrankung, z. B. tuberculöser Geschwüre abgerechnet, angehalten, trocken, die Verstopfung hartnäckig, der Unterleib eingesunken, so dass er begrenzt von den vorstehenden Hypochondrien und Darmbeinen eine muldenförmige Grube bildet. Oft sind schon im Beginne die Kranken schläferig, oder doch sehr matt und verdriesslich, zeigen einzelne anomale Bewegungen: Zähneknirschen, öfteres Greifen nach dem Kopfe, Ungleichheiten der Gesichtszüge beim Sprechen, leichte Störungen der Intelligenz. Weit stärker tritt dies Alles hervor, indem das Kind mehr und mehr in die Krankheit hineinfällt. Jetzt trifft man es in Rücken-, seltener in schiefer Lage, beide Beine oder eines heraufgezogen, die Arme über dem Kopfe gekreuzt, die Hand automatisch auf dem Scheitel oder der Stirn hin- und hergleitend oder vor das lichtscheue Auge gehalten, den Nacken rückwärts gebeugt, die Zunge roth und trocken, seltener schmutzig belegt, das Gesicht geröthet, ausdruckslos, mit dem Anscheine des Staunens oder des Stumpfsinnes, die Augen halbgeschlossen, oder bei offenen Lidern die schielenden Bulbi weit nach Oben rotirt, die Pupillen ungleich, erweitert oder verengt, träge reagirend, bisweilen oscillirend, die Gesichtszüge ungleich verzogen, hie und da gefaltet, öfter zuckend. So findet man ein bezeichnendes Bild, das fast leichter zu malen, als zu schildern wäre, und das noch durch das zeitweise Knirschen mit den Zähnen, das häufige Stöhnen oder Klagen über Kopfschmerz, die langsamen verlegenen Antworten, bald leise muscitirende, bald heftigere, wilde Delirien in eigenthümlicher Weise belebt wird. Der Puls ist jetzt wenigstens zeitweise verlangsamt (90, 80, selbst 60), irregulär, die Respiration theilt beide Charaktere und ist ausserdem tief und seufzend, Erbrechen kommt zu dieser Zeit nur ausnahmsweise noch vor. Selten ohne trügerische Besserungen, während welcher Bewusstsein, Munterkeit, selbst Appetit wiederkehren, stunden- oder tagelang die Schläfrigkeit, der Kopfschmerz, das Fieber sich erheblich mindern, schreitet die Krankheit ihrem Endstadium zu, indem Puls und

Athmung sich wieder beschleunigen, die Schläfrigkeit in tiefes Koma übergeht, aus dem ein Erwecken durch Anrufen kaum mehr möglich ist, das Gesicht blässer und livid wird, neben allgemeiner Erschlaffung der Muskeln umschriebene Lähmungen auftreten, aber auch wieder verbreitete Schüttelkrämpfe, Sehnenhüpfen, Zittern und Schielen der Bulbi, grinsendes Zucken der Gesichtsmuskeln, automatische Kaubewegungen vorkommen.

Betrachten wir einzelne wichtigere Symptome genauer, so finden wir wohl keines derselben ganz constant, an sich pathognomisch, dagegen nicht wenige so werthvoll, dass schon das Zusammentreffen weniger derselben die Diagnose zu sichern vermag. Der Puls z. B. wird fast im Verlaufe eines jeden Falles und zwar so ziemlich in der Mitte des Verlaufes auf einige Tage verlangsamt und zwar um so auffallender, als er vorher beschleunigt war und es nachher wieder wird; er ist während des grösseren Theiles der Krankheit irregulär, besonders gegen Ende zu, wo er auch rasch an Frequenz wieder zunimmt; er hat endlich bisweilen während der Verlangsamung einen Charakter, auf den besonders Rilliet und Barthez viel Gewicht gelegt haben, er ist «vibrirend», d. h. undulirend oder dicrot, wie dies öfter im Verlaufe von Hirnkrankheiten und typhösen Fiebern vorkommt.

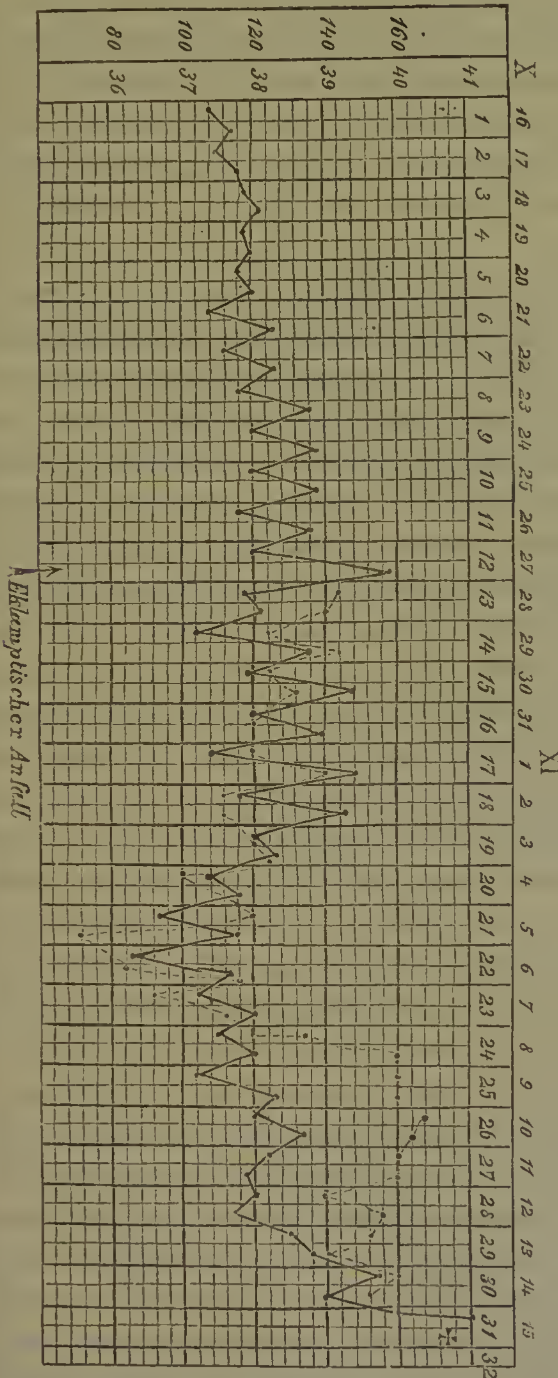
Fig. 42.



Die Körperwärme ist in verschiedenem Grade erhöht, stark remittirend, bisweilen selbst Intermissionen des Fiebers zeigend. Die Fieberhöhen gehen nicht oft soweit herauf als z. B. bei Typhoid, der Fiebergang ist verhältnissmässig unregelmässig, die eine Norm lässt sich jedoch an den meisten

Fällen nachweisen, dass etwa in der Mitte des Verlaufes gleichzeitig mit der Pulsverlangsamung das Thermometer niederere, normale oder den normalen nahe stehende Werthe zeigt. Kommen Krampfanfälle vor, so bewirken sie Temperatursteigerung. Gegen Ende sinkt oder steigt die Körperwärme, während der Puls jedenfalls hohe Frequenz gewinnt.

Fig. 43.



Meningitis basilaris eines $3\frac{1}{2}$jähr. Mädchens. Fieberhafte Prodromi durch Bronchophthise bedingt. Beginn mit einem eclamptischen Anfalle bei †. Starke Herabsetzung von Puls und Temperatur im mittleren Verlaufe.

Auf das Hautcolorit ist einiges Gewicht zu legen; im Anfange natürlich oder einfach blass, wird mit der Steigerung des Fiebers das Gesicht geröthet und turgescent, gegen Ende aber in eigenthümlicher Weise bläulich-violett, besonders in der Umgebung des Mundes, der Augen und an der Stirne. Oft ist diese Färbung sehr auffallend und tritt schon mehrere Tage vor dem Tode ein, anderemale auch fehlt sie ganz oder dauert nur wenige Stunden an. Sie rührt her von collateraler Hyperämie wegen Raumbeschränkung in der Schädelhöhle. Bei starken Fieberremissionen meist erst in der letzten Periode treten Schweisse auf. Ausserdem zeigt sich, wie gar oft bei starker Fieberaufregung, eine gewisse Neigung zur Stase an der Haut, der wohl

auch das von Trousseau hervorgehobene inconstante Zeichen zuzuschreiben ist, dass auf Druck nicht ganz schnell vorübergehende scharlachrothe Flecke an der Haut entstehen. In differentiell diagnostischer Rücksicht ist es wichtig, zu gedenken, dass auch in höchst seltenen Fällen im Verlaufe dieses Leidens roseolöse Flecken an der Haut des Rumpfes beobachtet wurden und dass die Milz, theils sofern sie Sitz miliarer Tuberkelablagerung ist, theils wegen der Fieberverhältnisse oft sich vergrössert findet. Nur wo die Nähte noch nicht geschlossen waren, kommt es zur Zunahme des Schädelumfanges.

Motilitätsstörungen kommen in den verschiedensten Formen vor, in den leichtesten Andeutungen oft schon während der Prodromalperiode, von da an fast continuirlich zunehmend bis zu Ende. Die vorzüglich an den motorischen Hirnnerven verlaufenden Störungen (Nackencontractur, Schielen, ungleiche Pupillen, schiefe Zunge, Hängen eines Mundwinkels) zeigen oft eine gewisse Uebereinstimmung untereinander, so dass man sich versucht fühlen könnte, sie für eine heerdartige Erkrankung des Gehirnes zu verwerthen, allein schon ihr häufiger Wechsel und die Unvollständigkeit derselben sprechen hiergegen, noch mehr freilich die Vergleichung der Obductionsresultate, die auch nach der vollständigsten Halbseitigkeit der Symptome am Lebenden eine ganz gleichmässige Verbreitung der Hirnhauttrübungen und Granulationen, des Wassers in den Seitenventrikeln auf beiden Seiten ergeben kann. Es dürften daher die verschiedensten theils intracephalen, theils beim Durchtritte durch die Hirnhäute statthabenden Reizungen, Zerrungen und Compressionen diese Zeichen veranlassen, und nur für den Nerv. opticus wird der Druck des Ventrikelergusses auf Thalamus und Chiasma noch besonders anzuschuldigen sein. Speciell auf Hirntuberkeln wird man nur aus den schon vor dem wahrscheinlichen Beginne der Meningitis vorhandenen Zeichen dieser Geschwülste, dann etwa aus frühzeitig im Laufe der Hirnhautentzündung auftretenden convulsivischen Anfällen, halbseitigen andauernden Convulsionen und der beharrlichen halbseitigen Lähmungen schliessen dürfen. Die Pupillen zeigen sich oft im Anfange verengt, selten während des ganzen Verlaufes; ihre Erweiterung wird späterhin von Tag zu Tag bedeutender, und auch der Lichtreiz wird dagegen unwirksam. Die Seitenlage kann einen Einfluss auf stärkere Erweiterung einer Pupille haben (Druck des Ventrikelwassers, S. Wilks). Ebenso influirt sie auf andere paralytische Erschei-

nungen. Ich sah einen Kranken, bei dem das Aufsitzen jedesmal einen convulsivischen Anfall hervorrief. Während zu Anfang nur eine gewisse Leerheit der Gesichtszüge, zerstreuter, erstaunter Blick auffallen, machen gegen Ende diese Lähmungen im Gesichte mit häufigen Muskelzuckungen zusammen, dann die unregelmässigen Bewegungen der meist nach Oben rotirten Bulbi einen äusserst unheimlichen Eindruck. — Die Bewegungen der Extremitäten haben in der späteren Zeit wohl oft noch einiges Zweckmässige und Instinctive an sich, doch findet man sie am Häufigsten erschlafft und dazwischen mindestens ebenso oft, als in passender, in einer durch Illusionen angeregten (Flockenlesen) oder rein krampfhaften Bewegung.

An dem sensibeln Apparate ist es begreiflicher Weise gerade bei Kindern weit schwerer, geringere Störungen nachzuweisen als am motorischen. Zudem pflegen die Störungen der Sensibilität weniger ausgebildet zu sein. Bisweilen kommen heftige Schmerzen in den Extremitäten vor, besonders bei Verbreitung der Entzündung auf die Häute des Rückenmarks. Was endlich die Funktion und die directen Zeichen des Respirationsapparates betrifft, so ist gewöhnlich bis zum letzten Stadium hin die Zahl der Athemzüge vermindert (oft auf 10—14), irregulär, erst gegen Ende wieder beschleunigt und dann auch oberflächlicher als zuvor. Gerade dieses Schnell- und Unregelmässigwerden der Athemzüge ist von äusserst ungünstiger Bedeutung. An der Lunge oder von Seiten der Bronchialdrüsen können die Zeichen tuberculöser Infiltration vom Anfange an vorhanden sein, oder sie können, höchst selten, weil diese selbst mangelte, meist weil dieselbe nicht ausgebreitet oder nicht vorgeschritten genug ist, ganz fehlen. Zu Ende lässt sich in der Regel verbreiteter Bronchialkatarrh, oft auch (hypostatische) Verdichtung der untersten hintersten Lungentheile nachweisen.

Für die Diagnose sind von besonderer Bedeutung die Beachtung der vorausgegangenen Prodromi, des initialen Erbrechens, fixen heftigen Stirnkopfschmerzes, ferner die angehaltenen Stuhlentleerungen, das Einsinken des Unterleibes, die Irregularität und im Verlaufe statthabende Verlangsamung des Pulses, zu welchen Zeichen dann alsbald partielle Lähmungen im Gesichte und weiterhin Störungen der Intelligenz hinzutreten. Wegen der häufig zugleich vorkommenden Tuberculose der Chorioidea gibt die Augenspiegeluntersuchung oft in frühem Stadium den sichersten Aufschluss über die Natur der Erkrankung. Wo die Krankheit mehr ein Theilglied allgemeiner Tuberculose bildet, kann sie leicht unter

dem Bilde eines intermittirenden oder typhösen Fiebers auftreten. Auch wenn Exacerbationen des Fiebers (Abends) mit einiger Regelmässigkeit sich einstellen, sind die unreinen Intervalle, die Kopfschmerzen, das Erbrechen, endlich das Fehlen des Milztumors charakteristisch. Die Seltenheit des Typhus bei kleinen Kindern, der regelmässige Gang der Temperatur beim Typhus, die mangelnde Roseola, Milzanschwellung, Diarrhöe und meteoristische Auftreibung des Unterleibes, das frühzeitige (nicht erst in Agone statthabende) Eintreten von Lähmungen entscheiden gegen Typhus, wiewohl unter besonderen Umständen (Darmtuberculose) Diarrhöe, Nasenbluten, (Tuberkeleinlagerung), Milztumor und selbst hie und da Roseola auftreten können. Am Schwierigsten ist immerhin die Unterscheidung von manchen verwandten Hirnkrankheiten in einzelnen Fällen, so von eitriger Meningitis, sehr acuter Hirnanämie, manchen Formen von Encephalitis. Nicht allein der Nachweis der tuberculösen Natur der Krankheit, der jetzt in dem Augenspiegelbilde der Aderhauttuberkeln eine ganz bestimmte Form gewonnen hat, ist hier entscheidend, auch die Beobachtung des ganzen Krankheitsverlaufes, dessen stetig fortschreitender, meist bestimmten Krankheitsbildern entsprechender Gang ist charakteristisch. Auch ist es immerhin von Werth, wenn die früheren Vorgänge bei den Eltern oder Geschwistern auf scrophulöse Processe oder gar auf diese specielle Form derselben hinweisen. Am Häufigsten kommen natürlich Verwechselungen dieses Processes mit Magenkatarrhen und ähnlichen leichteren Affectionen, mit einfachen Hirncongestionen zur Zeit der Prodromi vor, auch die Anfänge mancher acuten Exantheme, besonders der Blattern, haben Aehnlichkeit damit (Kopfschmerz, Gliederschmerzen, Erbrechen). Selbst bei der sorgfältigsten Berücksichtigung aller Verhältnisse sind dieselben nicht gerade immer zu vermeiden, allein sie werden durch den weiteren Verlauf bald völlig aufgeklärt.

Was diesen weiteren Verlauf anlangt, so ist er selten ein sehr rascher, der binnen 5—6 Tagen oder noch schneller zu Ende gelangt und dies gewöhnlich nur dann, wenn die Prodromi von längerer Dauer waren, sondern erstreckt sich in der Mehrzahl der Fälle über 10—14 Tage, selten noch etwas länger hinaus. Bouchut sahe kurz vor dem Tode Gasblasen in den Venen der Retina. Der Tod erfolgt in der Regel nach einem kürzeren (nur wenige Stunden bis 1 Tag dauernden) depressiven Endstadium der erwähnten Art, doch manchmal auch innerhalb eines frühzeitigen con-

vulsivischen Anfalles oder in Folge Ueberhandnehmens von Katarrh, Hypostase, gelatinöser oder Schluck-Pneumonie. Genesungen sind sowohl von Kindern, (Rilliet und Barthez, Hahn) als von Erwachsenen, die davon befallen waren (Wunderlich), constatirt in der Weise, dass bei der späteren Obduction sich nach früher überstandenen anscheinend typhösen oder meningitischen Zuständen verkreidete oder indurirte miliare Knötchen an der Pia vorfanden, allein man muss die enorme Seltenheit dieser Befunde zugestehen, daraus auf die geringere Heilungsmöglichkeit der Tuberkeln an diesem Orte z. B. im Vergleiche zu den Brustorganen und jenen des Unterleibes schliessen, und man muss sich endlich erinnern, dass wir gar keine Behandlungsweise kennen, welche auch nur mit Wahrscheinlichkeit diese Heilungen herbeizuführen im Stande ist. Zudem bringen diese Heilungen meist nur einen temporären Stillstand des Prozesses, dem nach einigen Monaten oder Jahren eine gleichartige, diesmal tödtliche Erkrankung folgt.

Von hoher Wichtigkeit ist gewiss die Prophylaxe, soweit eben eine solche möglich ist. Man wird Eltern, deren frühere Kinder an tuberculöser Meningitis, oder deren Verwandte an Tuberculose starben, oder die selbst chronisch brustleidend sind, anrathen, ihre Kinder durch kräftige Ammen stillen zu lassen, und später sowohl durch nahrhafte Diät, als durch öfteren Landaufenthalt, Spiele im Freien, Vermeidung zu vielen Stubensitzens, kalte Waschungen und dergl. zu kräftigen, und die Kinder selbst wo Spuren von Scrophulose oder auch nur von Kränklichkeit sich zeigen, mit Eisen, Oleum jecoris, bittern Pflanzenstoffen, Salzbädern u. dergl. zu behandeln. Wenn man gegenwärtig die Entstehung der Basilarmeningitis in nächste Beziehung bringen muss zu käsigen Entzündungsheerden in der Lunge und den Bronchialdrüsen, und nach Art einer capillären Embolie von da aus auffassen muss, so ergiebt sich leicht die Indication, chronische Bronchialkatarrhe allenthalben, namentlich in scrophulösen Familien, aufs Sorgfältigste zu behandeln. Kann man verhüten, dass hier ein Infectionsheerd sich bildet, so ist auch damit der Basilarmeningitis vorgebeugt. Ganz besondere Berücksichtigung verdienen noch die Keuchhusten- und Masernkatarrhe, sowie die Otorrhöen scrophulöser Kinder.

Die Behandlung wird gewöhnlich antiphlogistisch geführt in der Weise, dass man Blutegel, Abführmittel, Mercurialien, Blasenpflaster möglichst ergiebig anwendet. Wir würden gegen dieses den tödtlichen Ausgang geradezu beschleunigende Verfahren nicht viel

sagen wenn die Krankheit in der That so vollständig unheilbar wäre, als man gewöhnlich annimmt. Aber fast jeder beschäftigte Kinderarzt hat einen oder den andern Heilungsfall schon constatirt. Man ist so skeptisch darin, dass nur die bei einem Rückfall zur anatomischen Untersuchung gekommenen, somit völlig constatirten Proben veröffentlicht zu werden pflegen. Ein rationelles Verfahren erfordert, dass man die durch die Tuberkelabsetzung erregte Entzündung der Pia mater durch kalte Umschläge zu mässigen sucht. Abführmittel sind wohl im Stande, ebenso wie Diuretica, dem Wasserergusse in die Hirnhöhlen entgegen zu treten. Absolute Körperruhe wird dem Infectionsheerde gestatten, zu heilen, ohne dass weitere Embolieen erfolgen. Die von Hasse empfohlene Behandlung mit Opium oder Morphium entspricht dieser Indication und wirkt zugleich symptomatisch dem Kopfschmerz und Erbrechen entgegen. Als antifebrile Mittel werden passenderweise mit dem Opium verbunden Chinin und Digitalis. Treten die Kranken in das depressive Stadium ein, so sind Wein und andere Excitantien kaum zu entbehren.

IX. Meningitis simplex.

Meningitis purulenta, M. genuina, M. convexitatis.

Huguenin: in v. Ziemssen's Handbuch Bd. XI.
Steffen: Zur entzündlichen Erkrankung der Pia mater. J. f. K. XII. 105.
Reimer: im Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. S. 1.

Sowohl anatomisch als ätiologisch von der vorigen Form wohl unterschieden, wenn auch in einzelnen Symptomen mit ihr zusammentreffend, doch von ganz anderer Verlaufsweise, erfordert auch diese eine gesonderte Besprechung, wie sie denn auch seit lange von derselben unterschieden wurde, besonders seit die tuberculöse Natur der Basilarmeningitis erkannt worden war. Der anatomische Befund zeigt in das Gewebe der Pia und häufig auch noch stellenweise an die Oberfläche der Arachnoidea ein dickflüssiges, festweiches Exsudat von gelbgrauer, gelbgrüner oder gelber Farbe, von der Consistenz des Rahmes, des Eiters, geronnenen Faserstoffes in ganz geringer Dicke bis zu der von 2''' abgesetzt, seltener nur eine trübseröse Flüssigkeit. Das Exsudat ist in grösserer oder geringerer Ausdehnung über der Convexität der Gross- und Kleinhirnhämisphären ausgebreitet und erstreckt sich nur hie und da nach der

Hirnbasis, öfter noch auf die Rückenmarkshäute. Die Ventrikel sind in der Regel leer oder nur ausnahmsweise mit einem Belege von ähnlicher Masse versehen oder mässig damit erfüllt. Stets ist der erkrankte Theil der Pia frei von Tuberkeln und es finden sich solche entweder überhaupt nicht vor oder nur als zufälliger Nebenbefund in entfernten Organen. Dagegen zeigen sich mit einer ähnlichen Häufigkeit, wie bei der Basalmeningitis Tuberkeln, bei dieser eitrige Ablagerungen in andern Organen, besonders an den serösen Häuten, oder Ulcerationen am Darme, der Lunge, den Schädelknochen etc. Das Gehirn selbst findet sich in der Regel bis auf die Corticalis frei von Erkrankung. Doch sind in einzelnen mehr metastatischen Fällen auch kleine Abscesse, meist in Mehrzahl, sehr peripherisch gelagert darin vorhanden. Die Hirnrinde findet sich an die Pia adhärent, in ihren äussersten Schichten erblasst, von Serum durchtränkt, seltener auch von capillären Extravasaten durchsetzt. Trat schon rückgängige Metamorphose der Ablagerungen ein, so findet man, nachdem der flüssige Antheil derselben grossentheils resorbirt ist, die zarten Hirnhänte durch die starreren Residuen trüb, erheblich verdickt. Specielle, namentlich traumatische Veranlassungen bedingen bisweilen einen mehr localen, beschränkten Sitz der Krankheit, halbseitiges Auftreten derselben, Verbreitung allein in einer Felsenbeingegend, über einer Kleinhirnhemisphäre etc.

Wie anatomisch so steht auch in ätiologischer Beziehung diese Affection der Tuberculose ganz fern: so ist sie denn auch in keinerlei Weise hereditär, befällt das männliche Geschlecht nur wenig mehr als das weibliche (während bei allen tuberculösen Krankheiten, freilich auch noch bei manchen anderen das männliche Geschlecht mehr überwiegt). Je nach dem Beobachtungsmaterial in Findelhäusern oder Kinderhospitälern fanden die Einen mehr Erkrankungen im 1. oder zwischen dem 5. und 10. Jahre, wobei noch das zeitweise epidemische Auftreten der Krankheit einigen Einfluss hat. Im Ganzen jedoch ist diese nach dem übereinstimmenden Zeugnisse Aller weitaus seltener als die andere Form der Meningitis, und es dürfen wohl in der Privatpraxis noch die meisten Fälle zwischen 5 und 10 Jahren, in Findelhäusern aber auch in Folge besonderer Einflüsse innerhalb des ersten Jahres eine grosse Zahl solcher Fälle beobachtet werden. — In primärer Weise entsteht diese Affection durch Insolation, doch muss man sich erinnern, dass nur bei einem verhältnissmässig geringen Bruchtheile der Fälle auf Insolation folgende Hirnerscheinungen auf Meningitis be-

ruhen; auch ist dieses Moment von geringem Einflusse auf die allgemeinen Verhältnisse der Krankheit, da die grösste Häufigkeit gerade nicht in die heissesten Monate fällt. Primär entsteht sie ferner durch Traumen der verschiedensten Art, selbst durch blosse Erschütterung des Schädels. Secundär reiht sie sich an ulcerative Processe der Schädelknochen, besonders des Felsenbeines an, auch an solche der nahegelegenen Weichtheile, z. B. der Parotis, des Auges, hie und da auch der behaarten Kopfhaut. Was diese letztere betrifft, so lässt es sich leicht denken, dass bei eiternden (z. B. impetiginösen) Ausschlägen die Möglichkeit vorliegt, aber gewiss selten realisirt wird, dass mittelst der ein- und austretenden Gefässe eine Ueberführung septischen Materials nach den intracephalen Organen stattfinde, und einzelne vorliegende Fälle zeigen, dass dies vorzüglich dann statthat, wenn rasch in grösserer Ausdehnung durch Wegnahme der Borken ermöglichter Luftzutritt die Intensität des entzündlichen Processes steigert. Dies ist selten und die Heilung von Kopfausschlägen ist gerade desshalb wünschenswerth und an sich niemals Ursache eintretender Hirnhauterkrankungen. In mehr metastatischer Weise tritt die freie Meningitis zu einer Reihe septischer, suppurativer oder einfach entzündlicher Processe hinzu, z. B. zur Pneumonie (Weber), zur Dysenterie, zu Geschwüren, vereiternden Fracturen u. dergl. Sie entsteht zur Zeit herrschender Puerperal- und pyämischer Zustände bei kleinen Kindern häufiger und tritt zu pyämischen Affectionen derselben, die von den Nabelgefässen, von Fracturen, Abscessen, von der Vaccination ausgehen, hie und da hinzu. Ihr Vorkommen bei Scarlatina und Morbus Brightii dürfte nur ausnahmsweise zur Beobachtung kommen, während die dabei vorkommenden Hirnerscheinungen häufiger nur functioneller Natur sind.

Indem wir zu der Betrachtung des Krankheitsbildes und der Symptome übergehen, wollen wir zunächst die mehr primären, von anderen, gleichzeitigen acuten Zuständen unabhängigen Formen ins Auge fassen, deren sich neuerdings nach dem Vorgange von Rilliet und Barthez in ungezwungener Weise mehrere unterscheiden lassen, vorzüglich eine mehr im 1. und 2. Lebensjahre vorkommende durch von Beginn an vorhandene, häufig sich wiederholende Krampfanfälle ausgezeichnete, die rascher in 2—5 Tagen lethal endet, und eine mehr zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre vorkommende, in ihrem Verlaufe auf 1—2 Wochen ausgedehnte, die wohl keineswegs ohne Convulsionen abgeht, jedoch durch die

Störungen der psychischen Thätigkeit in auffallender Weise gekennzeichnet wird und namentlich oft mit wilden Delirien, bedeutender Exaltation und Empfindlichkeit der höheren Sinnesorgane verläuft. — Nach sehr kurz dauernden, kaum auf einen Tag hinaus sich erstreckenden Vorläufern, oft auch ohne solche, stellt sich als constantestes Symptom heftiger Kopfschmerz ein. Die Vorboten pflegen sehr allgemeiner Natur zu sein; Unbehagen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Fieber; der Kopfschmerz wird namentlich bei älteren Kindern bald Gegenstand lebhafter Klagen, ist sehr heftig von Anfang an, hat meist seinen Sitz in der Stirngegend und pflegt oft ohne erhebliche Remissionen anzudauern, bis das Bewusstsein verloren geht. Erbrechen im Beginne, Obstipation und Eingezogensein des Unterleibes im weiteren Verlaufe sind zwar werthvolle, aber bei dieser Form der Meningitis keineswegs constante oder auch nur sehr häufige Symptome. Dagegen pflegen die Kranken von Anfang an, sei es nun, dass derselbe durch den Eintritt des Kopfschmerzes oder dass er durch einen convulsivischen Anfall markirt war, in heftiges Fieber zu verfallen, das sich durch Aufregung, Unruhe, Empfindlichkeit gegen Licht und Schallwahrnehmungen, echauffirtes Aussehen, heisse, trockene Haut, geröthetes, gedunsenes Gesicht, vollen, schnellen Puls im Beginne ausspricht, indess schon nach wenigen (2—4) Tagen der Puls kleiner und noch schneller wird, das Gesicht verfällt und blässer, vielleicht etwas livid, die Haut im Ganzen leicht gelblich wird, und die Züge der Kranken wenigstens in den Intervallen der Krämpfe und Delirien mehr Stupor und Gleichgültigkeit zeigen. Irregularität des Pulses wird öfter beobachtet, doch auch diese ist keineswegs constant, eher noch lässt sich etwas Derartiges von der Irregularität der Respiration behaupten, die ausserdem langsam oder doch wenig beschleunigt und tief zu sein pflegt. Nach der angegebenen Zeit etwa beginnen die Kranken bewusstlos zu werden, verfallen mehr und mehr in Koma, deliriren dazwischen lebhaft, so dass sie oft mit Gewalt zurückgehalten werden müssen, schreien laut auf, können nur selten und schwierig dazu gebracht werden, auf Momente zur Besinnung zu kommen und unvollständige Antworten zu geben, und lassen in der mannigfachsten Weise Störungen in der Sensibilität und der motorischen Functionen erkennen. Vorzüglich erweist sich allgemein das Perceptionsvermögen geschwächt, bisweilen lassen sich aber auch partielle derartige Störungen z. B. an einem Auge, an einer Wange nachweisen; allein weit constanter treten die Bewe-

gungsstörungen hervor, ja in keinem Falle werden krampfhafte Symptome vermisst. Bei der mehr dem 1. und 2. Lebensjahre zukommenden convulsivischen Form macht sogar ein förmlicher Krampfanfall den Beginn und wiederholt sich häufig und in kurzen Pausen; aber auch bei der anderen sog. phrenetischen Form, treten im weiteren Verlaufe einzelne derartige convulsivische Anfälle auf, bei welchen während mehrerer Minuten bis zu einer Viertelstunde bei völliger Bewusstlosigkeit die Gesichtszüge verzerrt, die Augen verdreht, die Extremitäten unregelmässig hin und hergeschleudert werden, der Nacken und Rumpf nach Hinten gebeugt oder in drehenden Bewegungen nach den Seiten gewendet werden, die Respiration bald unterbrochen, bald in heftigen, krampfhaften Zügen verläuft, Schaum vor dem Munde steht. Im weiteren Verlaufe werden dann zeitweise vereinzelte Zuckungen bald als Subsultus tendinum, bald am Zwerchfelle, den Extremitäten, den Gesichtsmuskeln, den Kaumuskeln beobachtet. Treten die Convulsionen frühzeitig in Anfällen auf, so ist oft die Unterscheidung derselben von eklamptischen nicht ganz leicht und gerade dann sind die zwischen der Zeit der Anfälle zurückbleibenden Motilitätsstörungen anderer Art: die Contracturen und Lähmungen von besonderem Werthe. Am Häufigsten zeigen sich die ersteren in Form von bleibender Rückwärtsbeugung des Nackens, bisweilen auch des Rumpfes, seltener durch bleibende Flexionen oder Extensionen an den Extremitäten oder Verzerrungen im Gesichte, indess gerade hier die Lähmungen am Leichtesten zur Beobachtung kommen, freilich aber nur in jener unvollständigen, oft nur andeutungsweisen Ausbildung, wie sie überhaupt bei mehr centralen Ursachen der Lähmungen und dort getroffen werden, wo keine eigentlichen Zusammenhangstrennungen der Nervenfasern und kein starker Druck auf dieselben diesen Symptomen zu Grunde liegen. So findet man denn etwelche Ungleichheit der Pupillen, mässiges Verstrichensein einzelner Gesichtsfalten, leichtes Hängen eines Augenlides oder Mundwinkels, Schwäche einer oberen oder unteren Extremität. Heerdartigen Erkrankungen des Gehirnes gegenüber ist die Inconstanz dieser Zeichen, ihr öfterer Wechsel charakteristisch. Ausserdem lassen ältere Kinder, die mit dieser Krankheit behaftet sind, in der schon von Cruveilhier hervorgehobenen Weise, wenn sie ausser Bett gebracht werden, eine auffallende Veränderung ihres Wesens erkennen, mehr noch als zuvor zerstörte, collabirte Gesichtszüge, unsicheren, taumelnden Gang.

Als Zeichen, die einer erheblicheren Verbreitung der Entzündung auf die weichen Rückenmarkshäute zukommen, werden die Contractur der Nackenmuskeln, Schmerzen längs des Rückenmarkskanales und empfindliche Schmerzen, sowie Hyperästhesie in den unteren Extremitäten, aufgeführt. Das letztere Zeichen fortdauernder Schmerzen der Extremitäten, die bei jeder Berührung sich erheblich steigerten, war in allen Fällen derart, die uns bei Erwachsenen oder Kindern zur Beobachtung kamen, sehr ausgesprochen, in einigen auch die Kreuzschmerzen, dagegen fehlten beide mehr oder weniger bei der einfachen Meningitis cerebralis, indess wir überzeugt sind, dass die Contractur der Nackenmuskeln weit häufiger bei dieser allein als bei gleichzeitiger Meningitis spinalis zur Beobachtung kommt und demnach keineswegs in dieser Richtung einen Ausschlag geben kann. — Tritt Meningitis zu einer acuten Krankheit (Pneumonie, Pyämie) hinzu, so pflegen die Anfangssymptome wenig ausgesprochen zu sein und erst bei einer gewissen Höhe der Complication ergeben sich genügende Anhaltspunkte zu ihrer Erkennung. Delirien, Kopfschmerzen, Betäubung können ohnehin bei allen acuten Kinderkrankheiten von einfacher Bronchitis bis zu Typhus und Variola auftreten und nur grosse Intensität derselben im Vereine mit Krampfanfällen, Contractur der Nackenmuskeln, Lähmungen im Gesichte dürften mit einigem Rechte auf eine Begründung derselben durch meningitische Zustände hinweisen. Die Häufigkeit dieser Symptome bei den erwähnten Krankheiten und die verhältnissmässige Seltenheit der intercurrenten Hirnhautentzündung machen ein skeptisches Verfahren in dieser Richtung sehr rathsam. Aber auch ohne ein solches wird sich das Uebersehen der Meningitis keineswegs sicher vermeiden lassen, weil eben ihre besseren Zeichen manchmal sehr wenig ausgesprochen sind.

In diagnostischer Beziehung ist namentlich die Unterscheidung von Basilarmengitis hervorzuheben, welche in der Abwesenheit der hereditären Diathese, tuberculöser oder scrophulöser Affectionen überhaupt, dagegen dem Nachweis specieller Veranlassungen: Traumen, die den Kopf trafen, der Insolation, pyämischer Processe, epidemischer Verhältnisse schon einige Stütze findet, mehr noch in dem plötzlichen oder von ganz kurzen Vorläufern eingeleitetem Beginne und dem rapiden Gang der Krankheit, der weniger regulär vorschreitet, aber auch weit seltener und unvollkommener Remissionen macht. Heftigere Delirien, reichlichere Krämpfe und Krampfanfälle kommen vor, dagegen werden Erbrechen,

Irregularität des Pulses und namentlich dessen Verlangsamung seltener beobachtet, der Kopfschmerz ist intensiver, anhaltender, allein er geht früher verloren — mit dem Bewusstsein. Die übrigen Verwechselungen dieser Krankheit, welche im Bereiche der Wahrscheinlichkeit liegen, beziehen sich vorzüglich auf andere acute Krankheiten des Gehirnes und seiner Hüllen, z. B. Encephalitis, Haemorrhagia meningealis, Hydrocephalus externus u. dergl., dann Zustände acuter Hirnreizung und Hirnhyperämie, wie sie im Verlaufe von Typhus, Pneumonie, im Prodromalstadium der acuten Exantheme zur Beobachtung gelangen, endlich Krampfanfälle, wie sie bald mit bald ohne greifbare Ursache als eklamptische bekannt sind, Letzteren gegenüber entscheidet die Prostration, der Sopor, das Fieber. Fortdauer von Lähmungen und Contracturen in den Intervallen, die dagegen bei Eklampsie völlig frei zu sein pflegen. Von den erwähnten ähnlichen Hirnkrankheiten ist die Unterscheidung wohl am Schwierigsten und kann oft nur unter Mitbenützung der ätiologischen Momente dann mit Glück vorgenommen werden, wenn bereits ein Theil des Verlaufes überblickt werden kann, wenn die Zeichen einer diffusen, rasch und progressiv sich ausbreitenden Hirnaffection vorliegen.

Der Krankheitsverlauf ist in der grossen Mehrzahl der Fälle ein ungünstiger, wenige Heilungen sind constatirt (Charpentier, Gölis), noch weniger Fälle, in welchen die Krankheit den Uebergang in ein chronisches Stadium machte (bei Erwachsenen häufiger), während dessen Lähmungen, Contracturen, Störungen der intellectuellen und psychischen Functionen zurückbleiben und nur selten später zur Ausgleichung gelangen. In den gewöhnlichen Fällen ist die Prognose nicht ganz so ungünstig als bei der tuberculösen Meningitis. Der Tod erfolgt bei kleinen Kindern bisweilen schon innerhalb des ersten Krankheitstages und in der Regel vor dem 4., bei älteren Kindern zieht sich der Verlauf 1—2, höchst selten 3 volle Wochen hin, und kann der Ausgang selbst innerhalb eines Krampfanfalles oder in Folge der febrilen Consumption der Kräfte zu Stande kommen. — Bezüglich der Therapie können wir uns kurz fassen. Es ist für die Kranken wohlthätig und nöthig, sie vor allen reizenden äusseren Einwirkungen (Geräusch, Lichtreiz) zu schützen, und durch entzündungswidrige Mittel im Beginne das lästige Symptom, den intensiven Kopfschmerz zu mildern. Zu diesem Zwecke werden Eisumschläge an den Kopf gelegt und einige Blutegel an die Proc. mastoidei. War eine erste Blutentleerrung von (wie ge-

wöhnlich) vorübergehendem Vortheil, so ist es gerathen, dieselbe bald zu wiederholen, indess man noch ausserdem dieses Verfahren durch Ableitungen auf den Darmkanal und durch Application von Vesicantien auf die unteren Extremitäten, den Rücken zu unterstützen sucht. Da dieses Eingreifen den Gang der Krankheit erfahrungsgemäss nicht zum Stillstande bringt, dagegen auch bei längerer Dauer derselben (mit Ausnahme der Eisumschläge) nicht fortgesetzt werden kann, so ist es üblich, alsdann die Kranken mit Mercur äusserlich und innerlich, oder, wie wir vorziehen würden, mit antifebrilen Mitteln (Nitrum, Kali acet., Säuren, China) zu behandeln und dazwischen durch kleine Dosen Morphium zu beruhigen.

X. Encephalitis.

G. Hayem: Etudes sur les diverses formes d'encéphalite. Thèse. Par. 1868.
M. Jastrowitz: Studien über die Encephalitis und Myelitis des ersten Kindesalters. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. II. p. 389.
R. Meyer: Zur Pathologie des Hirnabscesses. Diss. Zürich 1867.
Jahrb. f. Kinderheilk. I. anal. 7., V. 111, VI. 265.
W. Gull: Ueber Gehirnabscess. Guy's Hospital Reports 1858, Schmidt's Jahrb. C. 295 u. 298.
V. Bruns: Handb. der prakt. Chirurgie. Tüb. 1854. I. p. 939 u. f.
Moos: Virchow's Archiv XXXVI. p. 509.
O. Wyss: Gehirnabscess im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde n. F. IV. 120.
E. Schmidt: Jahresber. 1866. S. 35.
Geissler: Schmidt's Jahrb. Bd. 154. S. 23.
Demme: XIII. Jahresber. d. Jenner'schen Kinderhospitals in Bern.

Virchow hat in dem Gehirn Neugeborener neben auffälliger Hyperämie, auch stellenweiser Extravasatbildung häufig kleine grauröthliche Krankheitsheerde gefunden, in denen Vergrösserung und Fettentartung der Zellen der Neuroglia mikroskopisch zu erkennen war. Die späteren Untersuchungen von Jastrowitz zeigen, dass dieser Befund im Balken und einem Theil der benachbarten weissen Substanz bis zum 5. Lebensmonat hin als ein normaler zu betrachten ist.

Die eiterbildende Form der Hirnentzündung kommt immer in umschriebenen Heerden vor. Sie geht aus einer rothen Erweichung der Hirnsubstanz hervor. Die anfänglich rothgelbe, blutigeiterige Flüssigkeit ist in einer fetzig begrenzten Höhle enthalten; später glätten sich die Wände, der Inhalt wird grüngelb, nach Verlauf von frühestens 3 Wochen bildet sich um denselben eine bindege-

webige Kapsel, und in diesem Zustande kann er nun jahrelang verharren. Das Grosshirn ist der Hauptsitz der Abscesse, aber auch Kleinhirn, Brücke und verlängertes Mark werden nicht selten betroffen. Im Grosshirn ist die linke Hemisphäre die von den Abscessen bevorzugte. Es hängt dies mit der häufigen embolischen Entstehung derselben zusammen. Abscesse, die von eiterigen Krankheiten des Ohres ausgehen, treten dagegen viel häufiger rechts auf. Die weisse Substanz hat öfter Abscesse aufzuweisen als die graue. In späterer Zeit kann der Abscess durchbrechen nach den Ventrikeln, der Hirnoberfläche oder durch die Schädelknochen nach Aussen; Hirnschwund, Oedem, eitrige Meningitis können hinzutreten. Uebelriechender Eiter kommt nur in Abscessen vor, denen durch Blutgerinnsel oder hinzutretende Luft Gährungserreger zugeführt wurden.

Das Kindesalter spielt in den Zusammenstellungen über Hirnabscesse eine geringe Rolle, bei Bruns gehören ihm 3, bei Gull 2 Fälle an. Von den 90, die Meyer zusammenstellte, betreffen nur 15 die 20 ersten Lebensjahre. Man muss jedoch berücksichtigen, dass in der neueren Literatur die Fälle häufiger werden und hauptsächlich, dass die Dauer eines Hirnabscesses eine weit längere gewesen sein kann, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt. Am Beweisendsten hiefür ist der von Bruns erzählte Fall von Härlin. Auch den von mir beobachteten, von Schott beschriebenen rechne ich dahin: Ein 5jähriger Knabe fällt eine Treppe herunter und leidet mehrere Jahre an Kopfschmerz bis zum 12. Von da an völlige Gesundheit. Erst in den letzten Jahren vor dem Tod, der mit 26 Jahren erfolgten (nach glänzend bestandenem Staatsexamen), wieder überaus heftige Kopfschmerzen. Die Section zeigte im rechten Vorderlappen einen taubeneigrossen Abscess. So mögen manche der im Mannesalter zur Beobachtung kommenden Hirnabcsesse in der Kindheit entstanden sein.

Als häufigste Ursache finde ich auch bei Kindern Kopfverletzungen durch Fall, Stoss, Schlag oder dergleichen angegeben. Hier kann unmittelbar unter der verletzten Stelle oder in grosser Entfernung davon der Abscess seinen Sitz haben. Schwere Verletzungen haben leicht eine Mehrzahl von Abscessen zur Folge. Besonders geeignet die Entstehung eines Hirnabscesses zu verursachen, erscheinen Kopfverletzungen, die mit Durchbohrung der Schädelknochen verbunden sind z. B. durch einen Nagel, eine Scheerenspitze u. s. w. Die Encephalitis kann auch vermittelt sein durch Splitter-

bildung an der Glastafel oder durch Venenthrombose, die von eiternden Wunden aus durch ein Emissarium sich fortsetzt; gewöhnlich lässt ein solcher Zusammenhang sich nicht nachweisen. Dagegen entstehen auf diesem Wege, namentlich auch durch Sinusthrombose vermittelt, die Hirnabscesse, welche an eiterige Erkrankung der Schädelknochen und der umgebenden Weichtheile, z. B. der Kopfhaut, der Nasenschleimhaut sich anschliessen. Die grösste Bedeutung haben eiterige Erkrankungen des Gehörorganes. Hier correspondiren regelmässig äusserer Gehörgang und Zellen des Warzenfortsatzes mit dem Kleinhirn vermittelst des Sinus transversus, Paukenhöhlendach mit dem Grosshirn, und Labyrinth mit dem verlängerten Mark. Vermittelst der eitrigen Ohrenentzündung können Scharlach, Masern, Scrophulose, Ekzem indirecte Erreger des Hirnabscesses werden. Zu dem Trauma und der fortgesetzten eiterigen Entzündung kommt als dritte Hauptursache die arterielle Embolie hinzu und zwar diejenige, deren Quelle in Lungenvenengerinnseln bei Abscess, Gangrän oder chronischer Pneumonie gefunden wird. So ist z. B. ein Fall von Bamberger möglicher Weise zu deuten, wo 3 Jahre nach dem Fehlschlucken eines Knochenstückes, das noch in einem Bronchus stack, sich chronische Pneumonie in der Lunge und ein Abscess im Hirn vorfand. Dem Geschlechte nach prävaliren die Knaben stark, so dass sie über $^2/_3$ der Fälle liefern. Für die Altersverhältnisse ist die traumatische Entstehung maassgebend: grössere Häufigkeit in dem Alter, in dem die Kinder oft fallen gelassen werden und bei den ersten Geh- und Kletterversuchen oft fallen (1—5) und grössere Häufigkeit in dem mehr wagenden, der Aufsicht entlaufenden Alter von 10—15 Jahren.

Die Symptome sind die einer heerdartigen Erkrankung. Sie lassen sich gemeinhin in drei Stadien bringen: eines der anfänglichen Encephalitis, das zweite des stationären, oft latenten Abscesses und ein drittes der mehr oder weniger stürmischen Endvorgänge. Als Zeichen des ersteren können getroffen werden: Kopfschmerz, Erbrechen, Schlafsucht, convulsivische Anfälle, erhöhte Temperatur, voller, frequenter, unregelmässiger Puls.

Auch örtliche Reizungs- und Lähmungserscheinungen treten, wiewohl in sehr unbestimmter Weise im Anfange auf. In manchen traumatischen und auch metastatischen Fällen gehen sogleich von diesem Stadium aus die Erscheinungen stürmisch vorwärts und führen in Zeit von einigen Wochen oder Monaten zum tödtlichen Ausgang, ohne dass ein längerer Nachlass der Erscheinungen statt-

gehabt hätte. Gewöhnlich aber verlieren sich die Beschwerden der Kranken ziemlich vollständig, der Abscess kapselt sich ab, hört vorläufig auf zu wachsen und das Gehirn hat sich an den Druck desselben gewöhnt. Einzelne Anfälle von Kopfschmerz, dessen örtlicher Sitz etwa dem Krankheitsheerde entspricht, Neuralgie, epilepsieähnliche Anfälle, Parese, z. B. der unteren Extremitäten, mahnen in unbestimmter Weise an eine fortdauernde Hirnkrankheit. Dieses Stadium der Latenz kann eine lange Reihe von Jahren umfassen, freilich auch nur schwach angedeutet sein. Das Endstadium, manchmal veranlasst durch einen Durchbruch des Abscesses nach der Oberfläche oder den Höhlen des Hirns hin, zeichnet sich durch heftigen Kopfschmerz, Erbrechen, convulsivische Anfälle und schliesslich Bewusstlosigkeit aus. Es dauert gewöhnlich nur einige Tage. Die Dauer der Erkrankung ist im frühen Kindesalter meist eine kürzere nur einige Wochen oder Monate umfassende, doch erstreckte sie sich in dem Falle von Geissler bei einem 2½ jährigen Kinde auf 1 Jahr 16 Wochen.

Bei der Diagnose ist zu berücksichtigen, dass von den herdartigen, fortschreitenden Hirnkrankheiten die Hirngeschwülste weit seltener durch Kopfverletzungen hervorgerufen werden, als die Abscesse, dass diese kaum jemals complete Lähmung einzelner Hirnnerven bewirken, dass der Kopfschmerz noch heftiger und überwältigender ausfällt, als bei der Hirngeschwulst, dass der Gang der Erscheinungen weniger gleichmässig vorschreitet und eher Remissionen macht. Häufig verhalten sich auch solche Kranke, wenn man sie aus dem Bette aufstehen lässt, ganz anders als beim Liegen: sie schwanken und taumeln wie Trunkene, bekommen ein verfallenes, verstörtes Aussehen, und müssen rasch wieder zu Bett gebracht werden. Je nach dem Sitz und der Grösse des Abscesses kann das Krankheitsbild sich sehr verschieden gestalten. Die Störungen an den Sinnesorganen sind seltener als bei den Tumoren.

Wo die Diagnose gestellt werden kann, ist die Vorhersage entschieden ungünstig. Die Behandlung kann nur in seltenen Fällen direct und chirurgisch gegen den Abscess vorgehen, doch sind in leicht erkennbaren chirurgischen Fällen schon günstige Resultate durch die Entleerung des Eiters oberflächlich gelegener Abscesse erzielt worden, so in neuerer Zeit wieder von Renz, ferner bei einem 4jährigen Knaben von F. E. Clarke. Im Uebrigen ist die Behandlung auf Fernhalten aller Schädlichkeiten und Beschwichtigung der hervorstechendsten Beschwerden zu richten. Man wird

Morphium, kalte Umschläge, örtliche Blutentziehung und Abführmittel kaum entbehren können, jedoch mit möglichster Sparsamkeit anwenden müssen.

XI. Multiple Herdsclerose.

Sclerosis cerebrospinalis insularis multiplex.

H. ten late Hoedemoker in Ziemssen's Archiv Bd. 23. Heft 4.

Aus dem Kindesalter lassen sich etwa 12 Fälle dieser Krankheit anführen, die meisten weisen das Alter zwischen dem 2ten und 8ten Jahre auf. Die Krankheit kann hereditär, nach Kopfverletzungen, nach acuten Infectionskrankheiten, nach Elend und deprimirenden Gemüthsaffecten auftreten. Wie weit diese Momente auch im Kindesalter mitspielen, dürfte noch festzustellen sein. Ihr Auftreten bei Geschwistern ist auch für das Kindesalter constatirt.

Als wichtigste Symptome der durchaus chronisch verlaufenden Krankheit müssen auch im Kindesalter gelten: Zittern verschiedener Körpertheile, das bei völlig ruhiger, gut unterstützter Lage derselben gänzlich aufhört bei freier Haltung oder intendirter Bewegung in auffälliger Weise sich einstellt. Vorwiegend wird dieses «Intentionsschütteln» an den oberen Extremitäten beobachtet, nächstdem am Nacken und Kopfe, weniger am Rumpfe und den unteren Extremitäten. Auch Nystagmus kommt vielen Fällen zu. Ferner ist bezeichnend die langsame, mühsame, von tiefen Athemzügen nach wenigen Worten und von Absätzen zwischen den Silben unterbrochene Sprache, die »scandirende Sprache«. Der Gesichtsausdruck ist leer und glatt. Erscheinungen von Schwäche in den Beinen machen den Anfang, Muskelstarre und Steifigkeit der Beine stellt sich zu Ende ein. Die Sehnenreflexe sind gesteigert, bei Erwachsenen oft bis zur Brown-Sequard'schen Spinalepilepsie. Sensibilitätsstörungen fehlen. Im späteren Verlaufe stellen sich einzelne apoplectiforme Anfälle ein, deren Lähmungen rasch wieder verschwinden. Diese Anfälle sind meistens mit beträchtlicher mehrtägiger Temperatursteigerung verbunden. Ferner nimmt die Intelligenz ab. Die unteren Extremitäten kommen in starre Streckcontractur. Decubitus, Blasen- und Nierenerkrankung, verschiedenartige innere Entzündungen führen nach einem auch bei Kindern wie es scheint mehrjährigen nicht selten von trügerischen Besserungen unterbrochenen Verlaufe zum tödtlichen Ausgange.

Die Section zeigt zahlreiche gallertartig, graudurchscheinend oder röthlichgrau aussehende Herde, die im Gehirn besonders die Decke der Seitenventrikel, die Brücke und das verlängerte Mark, im Rückenmarke zahlreiche zerstreute Stellen einnehmen. Trifft ausnahmsweise eine grosse Zahl der letzteren auf die Hinterstränge, so können tabetische, auf die Vorderhörner, so können amyotrophische Symptome vorwalten.

Therapeutisch hat man namentlich Höllenstein, Chlorgold, Arsen, Brompräparate, Eisen, verschiedenartige medikamentöse Bäder und electrische Curen versucht, doch ohne bis jetzt entschiedene Erfolge zu erlangen.

XII. Hypertrophie.

F. Mayr: Jahrbuch f. Kinderheilkunde I. 15.

R. Virchow: Untersuchungen über die Entwickelung des Schädelgrundes. Berlin 1857. p. 99.

Skoda: Allgem. Wiener med. Zeitung 1859.

F. Betz: Ueber die Gehirnhypertrophie im Kindesalter. Memorabilien. Jun. 1865.

N. Steiner und E. Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Kinderspitale zu Prag. Prag. Vierteljahrsschr. 1863.

G. Sangalli: Ueber partielle Hypertrophie des Gehirnes. Gazz. Lomb. 30. 1858. Schmidt's Jahrb. CII. p. 21.

Die Hirnhypertrophie wurde zuerst von Laennec (1806) beschrieben. Ungeachtet vieler werthvoller anatomischer Aufschlüsse, die z. B. dieselbe als unächte, als Neuroglia-Hypertrophie kennen gelehrt haben, und zahlreicher casuistischer Mittheilungen über dieselbe, ist dennoch ihre Entstehungsweise und ein Theil ihrer Symptomenlehre noch ungemein dunkel. Sie kommt angeboren und erworben vor; auch in letzterem Falle gehört sie ganz überwiegend dem Kindesalter an. Nach den meisten Angaben wird sie mehr bei Knaben als bei Mädchen getroffen, doch gehören z. B. die drei einzigen Beobachtungen von Steiner und Neureutter gerade letzterem Geschlechte an. Viele daran leidende Kinder sind rachitisch. Die Rachitis erleichtert ihr Zustandekommen, ohne doch selbst die eigentliche Ursache zu bilden. Aehnlich verhält es sich mit der Scrophulose. Neben Hirnhypertrophie können sich auch noch andere Hyperplasieen (Zunge, Thymus) vorfinden.

Anatomisch findet sich der Schädel um so mehr vergrössert, je bedeutender die Hypertrophie und je früher sie entstanden ist.

Die Fontanellen sind mässig erweitert, die Nähte breiter und beweglicher, als sie sein sollten, bisweilen auch von normalem Verhalten oder selbst vorzeitig verknöchert. Das Gehirn füllt die Schädelhöhle reichlich aus, quillt nach Hinwegnahme des Schädeldaches und der Dura in die Höhe und drängt sich über den Schnittrand des Schädels. Die Hirnhäute sind blutarm, die Wülste an der Oberfläche plattgedrückt, die Ventrikel eng. Das Gehirn erweist sich nach der Herausnahme gross, fest und derb, seine Substanzen deutlich geschieden, die gangliösen Gebilde am Boden der Seitenventrikel in grossem Massstabe entwickelt. Die Hypertrophie betrifft das Kleinhirn nie, das Grosshirn fast immer; der Bulbus rachiticus kann übrigens auch mit dem Grosshirn zusammen oder allein Sitz derselben sein. Einfacher gestalten sich die Verhältnisse, wo die Hypertrophie nur einen kleineren Theil des Gehirnes betrifft, wie dies von Andral und Sangalli für den Sehhügel, von letzterem für eine Hirnwindung, für einen Theil des Streifenhügels beobachtet wurde.

Der Anfang der Krankheit ist ein sehr langsamer, oft bis zu einem gewissen Grade der Entwickelung latent; die dann hervortretenden Symptome hat man immer im Vergleiche mit denen des Hydrocephalus betrachtet, weil dieser länger bekannt ist, häufiger vorkommt, und weil die meisten Hypertrophieen, wenn sie nicht vollständig unerkannt bleiben, als Hydrocephalie gelten. Die Krankheit ist bis jetzt überhaupt nur erkennbar, wenn sie auf Form und Grösse des Schädels Einfluss gewinnt. Im Kindesalter bis zum 9. Jahre hin ist dies der Fall. Der Schädel schreitet langsam dem Wachsthum der übrigen Theile des Skeletes voraus. Er wird umfangreicher, ohne übrigens gegen das Gesicht sehr zu contrastiren, seine Form wird eine mehr quadratische, vieleckige, ohne Kugelwölbung des Scheitels und Vorwölbung der Stirne. Er gewinnt einiges Uebergewicht, die Kinder fallen oft hin, stützen den Kopf gern auf die Hand, den Tisch etc. Die grosse Fontanelle ist weit, gespannt, wenig vorgewölbt, pulsirt stark. Die Nähte sind beweglich, ohne eigentlich auseinander zu stehen. Das Hirnarteriengeräusch kann an der Fontanelle sowohl gehört werden, als fehlen: es hängt das von der Spannung ab, die der Schädelinhalt erlangt. Die geistige Entwickelung eines solchen Cephalonen ist gewöhnlich eine mässig günstige; wo sie eine früh vorgeschrittene gewesen sein soll, handelt es sich theils um das gewöhnliche Urtheil der eigenen Eltern, theils um das Staunen über leidliche geistige Entwickelung

bei hydrocephalusähnlicher Schädelform. Aber viele dieser Kranken werden auch geistesarm, ja geradezu blödsinnig, ihre Hirnsubstanz leidet unter dem Drucke der Bindegewebswucherung. Schliesst sich der Schädel bei noch zunehmender Hypertrophie, so wächst die Spannung des gesammten Schädelinhaltes, die Differenz zwischen ihr und dem Blutdrucke der Hirnarterien wird vermindert und es kommen Symptome von Hirnanämie zum Ausbruche, die anfallsweise in Form von Convulsionen sich äussern. Diese können allgemeine eklampsieartige Krampfanfälle darstellen oder auf einzelne Provinzen, Gesicht, Arme beschränkt sein. Am Allerhäufigsten tritt Stimmritzenkrampf auf. Gemüthserregung, Muskelanstrengung, Insolation können den einzelnen Anfall hervorrufen, oder er bricht auch unerwartet bei grösster Ruhe während des Schlafes aus. Treten zum Stimmritzenkrampf allgemeine Convulsionen hinzu, so ist tödtlicher Ausgang sehr zu fürchten. Das Alter der rascheren Verknöcherung des Schädels vom 6. Monate an ist diesem Zufalle besonders ausgesetzt. Er ist ein ungünstiges Zeichen zu bedeutender Höhe gediehener Druckanämie des Hirnes. Manche Fälle, namentlich die partieller oder ungleichmässiger Hypertrophie des Hirnes liefern Zeichen, die man eher einer herdartigen Erkrankung zutrauen sollte: Schwäche der unteren Extremitäten, plötzliche Erblindung, partielle Lähmung.

Man wird die Diagnose stellen können, wenn bei einem rachitischen Kinde der Schädel langsam wächst, die normalen Masse bedeutend überschreitet, ohne colossal zu werden, wenn die Schädelknochen ohne eigentliche Diastase beweglich, die Fontanellen ohne starke Vorwölbung weit bleiben und letztere stark pulsiren, wenn ohne auffallendes Stupidwerden öftere Anfälle von Spasmus glottidis eintreten. Die Prognose ist in den diagnosticirbaren Fällen ungünstig. Geringe Grade können lange Zeit ohne grossen Nachtheil bestehen.

Die Behandlung richtet sich zunächst gegen erkennbare Grundkrankheiten. Gelingt es, durch Diät und geeignete Arzneimittel gleichzeitige Rachitis zu beseitigen, scrophulöser Diathese entgegen zu treten, so kann damit dem Zunehmen der Hirnhypertrophie ein Ziel gesetzt werden. Man sieht sich desshalb besonders zur Anwendung der Tonica nutrientia veranlasst, wie auch Jodpräparate, besonders Jodeisen, gerne in Anwendung gezogen werden. Im Uebrigen ist Behütung vor geistigen Anstrengungen, gemüthlichen Erregungen, körperlichen Strapazen, excitirenden Genussmitteln nöthig.

XIII. Hydrocephalus chronicus.

Während klinisch die Hydrocephalie vorzüglich soweit acut oder chronisch geschieden werden muss, lässt sich wiederum der chronische Hydrocephalus anatomisch als interner oder externer, ätiologisch als angeborener oder acquisiter unterscheiden. Die Hirnhöhlenwassersucht (H. chron. internus) stellt eine Ansammlung dünnen, meist klaren Serums in den Hirnventrikeln dar, welche den normalen geringfügigen Flüssigkeitsgehalt überschreitet und in extremen Fällen bis zu einem Litre, gewöhnlich jedoch nur ca. 100 bis 150 Grm. beträgt. Nach C. Schmidt besitzt dieselbe bei äusserst geringem Albumingehalte verhältnissmässig viel Kali und phosphorsaure Salze. — Ihr Sitz ist vorwiegend in den Seitenventrikeln und zwar zumeist gleichmässig in beiden, weit seltener nur in einem oder überwiegend in einem derselben; ausserdem pflegen noch in verschiedenem Grade die übrigen Hirnhöhlen daran Theil zu nehmen, ohne jedoch für gewöhnlich eine ähnliche bedeutende, sackförmige Ausdehnung, wie die Seitenventrikel, zu erleiden. In Bezug auf die Vertheilung der Flüssigkeit sind in ganz seltenen und abnormen Fällen die sonderbarsten Vorkommnisse beobachtet worden, überwiegende oder alleinige Ausdehnung eines Hornes, eines Seitenventrikels, des 3. Ventrikels, des Ventric. septi pellucidi u. dergl., welche dann auch mehr das Bild eines localen Hirnleidens bedingten. In einzelnen Fällen fanden sich Pseudomembranen in den Ventrikeln, welche das Foramen Monroi verschlossen, in anderen war dasselbe erweitert. Was die Communication der in den Hirnhöhlen enthaltenen Flüssigkeiten mit den Subarachnoidealräumen betrifft, so ist dieselbe von Blache in 2 Fällen durch Obliteration des vorderen Endes des 4. Ventrikels aufgehoben gefunden worden, und scheint auch in der Regel nicht zu bestehen. Die Wände der dilatirten Ventrikel zeigen verdicktes, oft granulär entartetes, hie und da mit neugebildeten Partikeln grauer Hirnsubstanz besetztes (Virchow) Ependyma. Die umgebende Hirnsubstanz ist entgegengesetzt wie beim gleichnamigen acuten Zustande derb, zäh, zugleich zusammengedrängt, so dass oft die Decke der Ventrikel nur noch wenige Linien besitzt und die grossen Ganglien plattgedrückt erscheinen. Cerebellum, Pons und Medulla pflegen wenig benachtheiligt zu sein. In einer grossen Zahl von Fällen zeigen sich zugleich und zwar fast constant dort, wo der Hydrocephalus congenital war, die verschie-

densten Hemmungsbildungen, Defecte und Asymmetrieen der Theile (Mangel des Septum lucidum, des Balkens etc.). Am Schädel sind meistens, soferne dieser zur Zeit der Entstehung der Hydrocephalie noch nicht zum allseitigen knöchernen Verschlusse gelangt war und die Flüssigkeitsanhäufung einigermassen beträchtlich ist, alle Durchmesser vergrössert, Fontanellen und Näthe noch ungebührlich lange offen, die Knochen verdünnt, zahlreiche Zwickelbeine eingeschaltet, die Kopfhaut spärlich behaart, von erweiterten Venen durchzogen. Doch muss man berücksichtigen, dass in manchen, auch früh entstandenen Fällen gar keine Erweiterung des Schädels erfolgt, dagegen das Gehirn um so mehr atrophirt, dass anderseits noch bis zum 9. Lebensjahre hin (Fall von Rilliet und Barthez) die Erweiterung beginnen kann.

Sowohl innerhalb der Schädelhöhle, als auch in den Brust- und Unterleibsorganen finden sich sehr verschiedenartige Läsionen vor. Jene lassen sich hauptsächlich auf Circulations- und Nutritionsstörungen, dann auf Hydrämie zurückführen, soweit es sich um erworbene Hydrocephalie handelt, während bezüglich der congenitalen die Ursachen fast völlig in Dunkel gehüllt sind. Oft wirken mehrere der erwähnten Momente zusammen. Circulationsstörungen entstehen z. B., wenn Hirngeschwülste (Tuberkeln) im Kleinhirn so gelagert sind, dass sie den Sinus rectus oder die V. magna Galeni comprimiren, bei Sinusthrombosis (Tonnélé), bei Bronchialdrüsen-Tuberculose, Drüsengeschwülsten am Halse; bei dem ersten und dritten dieser Fälle kommt jedoch noch der Umstand hinzu, dass Tuberculose an sich zu einer Verarmung des Blutes an plastischen Bestandtheilen führt. Nutritionsstörungen werden die Veranlassung des uns beschäftigenden Leidens im Verlaufe der verschiedensten acuten und chronischen Hirnkrankheiten (Apoplexie, Encephalitis, Meningitis), ganz besonders ist dies aber dort der Fall, wo Entzündungen des Ependyms, acute Hydrocephalieen zum Stillstande gelangen und später in den chronisch hydrocephalischen Process übergehen. Hirnatrophie als Ursache eines solchen Vorganges kommt fast ausschliesslich bei Erwachsenen vor. Auch nach öfteren Hirnhyperämieen entwickeln sich Ventricularergüsse, und so dürften sich besonders jene bei Rachitischen, Bronchopneumonischen und Kindern mit bedeutenderer Lungenatelektase erklären. Die Hydrämie findet sich am Ausgeprägtesten bei chronischen Nierenkrankheiten, chronischen Ulcerationsprocessen, bei Tuberculose der Lungen, der Bronchial- und mesenterischen Drüsen. In allen diesen Fällen wurde

hin und wieder Hydrocephalus beobachtet, allein abgesehen von den einfachen Circulationshemmungen und den Ausgängen acuter Processe sind zumeist die Ursachen wenig scharf ausgesprochen, in Mehrzahl vorhanden und desshalb schwer zu beurtheilen. — Bezüglich der entfernteren Ursachen lässt sich anführen, dass der Hydrocephalus zumeist dem frühkindlichen Alter seine Entstehung verdankt, bei Knaben etwas häufiger als bei Mädchen sich findet und hie und da in hereditärer Weise sich fortpflanzt oder doch bei mehreren Kindern einer Mutter vorkommt. Sein Auftreten scheint an manchen Orten (Wien, London) etwas häufiger stattzufinden, als an anderen, und keineswegs bei den ärmeren Volksklassen überwiegend häufig zu sein.

Unter den Symptomen ist das wichtigste und entscheidende die Dilatation des Schädels. Wo diese fehlt, wird auch immer die Diagnose nur geringe Aussicht auf Bestätigung haben. Wir erinnern zunächst daran, dass diese von der Dilatationsfähigkeit desselben und von der Grösse des Ergusses abhängt, also davon, ob die Fontanellen noch offen sind, oder doch die Nähte noch nicht durch Ineinandergreifen von Knochenzacken eine gewisse Festigkeit gewonnen haben, — dass jedoch sehr reichliche Ergüsse auch noch spät den Schädel dilatiren können, — endlich, dass dieses Symptom kein nothwendiges sei. Findet es sich, so werden die zuvor schlaffen oder flachen Decken über der vorderen Fontanelle gespannter, convex, prall, die Nähte breiter, als fingerbreite, weiche Streifen fühlbar, die Seitenwandbeine nach Aussen und Unten, das Stirnbein nach Vorne, das Hinterhauptsbein nach Hinten gleichmässig vorgewölbt, so dass binnen Kurzem alle Durchmesser des Schädels abnorm zunehmen, der Schädel eine kugelige Form gewinnt; die Orbitalplatten werden nach Unten gedrückt, dadurch die Bulbi prominenter, zugleich mehr unter das obere Augenlid gedrängt, so dass die Pupille halb von diesem verdeckt, das Weisse des Auges unten in grösserer Ausdehnung sichtbar wird. Diess alles, zusammen mit der contrastirenden Kleinheit des Gesichtes und einem gewissen Ausdrucke von Fatuität gibt den Kranken ein höchst eigenthümliches Aussehen, das noch durch deren Unfähigkeit den Kopf aufrecht zu halten erhöht wird, oder doch durch ein gewisses Wackeln und Schwanken des kaum aufrecht zu tragenden Hauptes, verursacht durch klonische mit einer Art von Rhythmus wiederholte Halsmuskelkrämpfe. Es werden Fälle erzählt, in welchen sowohl Kerzen- als Sonnenlicht durch den Schädel des Kranken durch-

schimmerte. Manche glauben, dass am hydrocephalischen Schädel ein besonderes Geräusch zu hören sei (Baader, Lund), Andere, dass das gewöhnliche sogenannte «Cerebralgeräusch» (Arterienpuls) bei diesem, freilich auch noch bei andern Zuständen fehle (Hennig, Rilliet). Was die übrigen Symptome anlangt, so sind dieselben weder sehr charakteristisch, noch sehr constant und wohl nie genügend, wo die Dilatation des Schädels fehlt, dennoch die Diagnose zu sichern. Dieselben pflegen namentlich im Beginne hervorzutreten, auch später wieder öfter sich zu steigern: sie rühren nicht von der Anwesenheit, sondern von dem Drucke der Flüssigkeit her, daher denn auch, wenn einmal diese stationär geworden und die Accomodation des Hirnes eingetreten ist, die Existenz eine ganz erträgliche sein, jedes Symptom fehlen kann. Man bemerkt zur Zeit der Entwickelung der Ergüsse, dass die Kinder lässig und mürrisch werden, unruhig schlafen, öfter aufschreien, Kopfschmerz klagen, oder, wenn noch sehr jung, oft mit der Hand nach dem Kopfe greifen. Wichtiger als dies ist der Umstand, dass sie oft schon, ehe die Dilatation des Schädels merklich wird, den Kopf aufzustützen, anzulehnen suchen, gegen die Schulter oder die genäherte Hand geneigt tragen, kurz erkennen lassen, dass ihnen derselbe schwer wird. Die geistigen Fähigkeiten bleiben zurück, die Intelligenz entwickelt sich nicht oder nimmt ab, die Sprache, der Gang geben Zeugniss hievon, sehr häufig stellen sich Erbrechen und chronische Stuhlverstopfung oder doch grössere Trockenheit der Fäces ein, der Appetit bleibt zwar erhalten, ja ist oft sehr stark, der Zustand ist fieberlos und dennoch pflegt die Ernährung sehr zu leiden. Die Haut wird blass und welk und namentlich die Muskelkraft nimmt rasch ab, so dass sich die Kranken nicht auf den Füssen erhalten können (der taumelnde Gang mag auch theilweise auf Schwindel beruhen), nicht im Bette aufsitzen, nicht den Kopf vom Kissen erheben können, sondern denselben nur unruhig auf diesem herum wälzen. Wichtige Functionsstörungen zeigen sich oft an der Respiration, bald nur in Form von Irregularität, tiefen, langsamen Zügen, bald in Form plötzlicher dyspnoischer Anfälle, die mit Cyanose und Erstickungsgefahr sich verknüpfen und in dieser Weise besonders bei Säuglingen öfter getroffen werden.

Wenn auch die Sinne im Allgemeinen mit der Abnahme der Intelligenz stumpfer werden, so betrifft dies doch mehr, als Gehör, Geruch und Sensibilität der Haut, das Auge. Während acuter Episoden kurze Zeit lichtscheu und überreizt, zeigt sich dasselbe

später mehr abgestumpft, und es ist nicht selten, dass solche Unglückliche völlig erblinden, Regel, dass sie kurzsichtig sind. Das Auge nimmt zudem, unter das obere Augenlid gedrängt, eine eigenthümliche Stellung ein, die Pupille ist dilatirt, reagirt träge, die Stellung des Auges wechselt häufig, unregelmässige rasche Rotationen werden beobachtet.

Der Verlauf der Hydrocephalie kann sich auf einige Monate beschränken und andererseits bis ins 6. Lebensdecennium sich ausdehnen, doch sind alle jene Fälle, die sich auf mehrere Jahre erstrecken, als seltene Beispiele des Ueberganges des Krankheitsprocesses in einen stationären Zustand zu betrachten. Der Beginn gehört oft acuten Processen an und ist dann mit Steigerung der Temperatur und Pulsfrequenz, mit Aufregung und erhöhter Reizbarkeit der Sinne verbunden und nicht selten wiederholen sich solche Zustände noch mehrmals im Verlaufe, oft auch durch Kopfschmerzen, Erbrechen und stärkere Obstipation gekennzeichnet. Immer aber bildet sich, wo nicht plötzliche Zwischenfälle die Katastrophe herbeiführen, allmählig ein paralytischer Zustand aus, der durch Stupor und Sinnlosigkeit der Kranken, Erlöschen der Sensibilität, unwillkührlichen Stuhl und Urinabgang, näselnde Sprache (Paralyse des Gaumensegels), endlich Lähmungen an den Extremitäten deutlich charakterisirt wird. In der Zwischenzeit von der ersten Entstehung bis zu diesem Endstadium treten nicht selten einzelne krampfhafte Bewegungen oder förmliche Krampfanfälle auf, wie zuweilen auch einige Zeit anhaltende Muskelcontracturen. Die Ausgangsweise des Processes ist sehr verschieden, indem bald acute Affectionen innerhalb der Schädelhöhle, z. B. hinzutretender acuter Hydrocephalus oder Ruptur des Hirns ein Ende machen, bald während eines Krampf- oder dyspnoischen Anfalles der Tod erfolgt, oder endlich in gewöhnlicher Weise die paralysirten, blödsinnigen Kranken mehr und mehr abmagern und zuletzt an Entkräftung zu Grunde gehen. — Die Prognose ist dem entsprechend überaus ungünstig, indem sich nur sehr selten Rückbildung, gewöhnlich gar nichts und in einer ziemlich geringen Zahl von Fällen Stillstand des Processes erreichen lässt. Bei diesen letzteren gibt dann die Ossification der Nähte und Fontanellen, der gleichbleibende Umfang des Schädels, das Ausbleiben des Erbrechens, die Verminderung der Obstipation, des Kopfschmerzes u. dergl. sichere Anhaltspunkte an die Hand.

Ehe wir zur Behandlung übergehen, ist es nöthig, dass die

Diagnose völlig festgestellt sei. Während diese bei dem ausgebildeten Leiden sehr leicht ist, liegen im Beginne und bei leichteren Graden desselben einige Verwechselungen sehr nahe, die wir zunächst erwähnen müssen. Es sind dies die mit rachitischer Erkrankung des Schädels und mit dem Zustande, der seit Laennec als Hirnhypertrophie bezeichnet zu werden pflegt. Bezüglich der Rachitis des Schädels wurde schon früher hervorgehoben, wie dieselbe nicht allein ein längeres Offenbleiben, grössere Breite der Fontanellen und Nähte mit zich bringt, sondern auch ein auffallendes Ueberwiegen der Grösse des Schädels im Verhältnisse zum Gesichte und zu den klein bleibenden übrigen Theilen des Skeletes. Nun die Rachitis ist stets leicht zu erkennen: der Rosenkranz an der Brust, die plumpen Epiphysen, die Infractionen der langen Knochen, die Verkrümmungen der Wirbelsäule geben allein schon genügenden Aufschluss über sie: aber auch bei Rachitischen tritt Hydrocephalus und tritt ausserdem jene Hirnhypertrophie auf. Bei mässigen Graden können dieselben dann nur aus den functionellen Zeichen unterschieden werden. Der Eintritt der Obstipation an der Stelle der sonst so häufigen Diarrhöe Rachitischer, der Eintritt von Kopfschmerz, von Krämpfen, von Amblyopie, die Abnahme der sonst bei Rachitischen so regen Intelligenz sind hier von Werth. Ex nocentibus et juvantibus lässt sich jedoch hier nicht wohl schliessen, indem allem Anscheine nach bei Rachitis ohne sonstige eingreifende Hirnkrankheit eintretender Hydrocephalus chronicus im Beginne durch energische Behandlung der erwähnten Grundkrankheit noch rückgängig gemacht werden kann, wie denn überhaupt gerade eine causale Behandlung die meisten Aussichten auf Erfolg darbietet. Eine solche ist denn auch nicht gar selten den scrophulösen und tuberculösen Erkrankungen gegenüber angezeigt, welche so vielen Fällen des erworbenen Hydrocephalus zu Grunde liegen. Reichlicher Gebrauch des Leberthrans, salinischer Bäder, animalischer Kost, Landaufenthalt, Bewegung im Freien u. dergl. sind hiezu sehr zu empfehlen, ausserdem noch speziell das Jodkalium, mittelst dessen schon öfter Heilungen des Hydrocephalus erzielt wurden und das besonders dort, wo Drüsengeschwülste (Bronchial- und Jugulardrüsen) im Spiele sind, indicirt erscheint. In anderen Fällen, wo acute Störungen vorausgingen, ist die Vollständigkeit, mit welcher deren Residuen beseitigt und neue Hyperämieen ferne gehalten werden können, Bedingung der Heilung. Eine causale Behandlung lassen ferner jene Fälle zu, welche auf Hydrämie beruhen (Heilungen

des Hydrocephalus durch Diuretica, durch Diaphoretica und durch Eisen). In vielen anderen Fällen liegt überhaupt gar keine Möglichkeit der Heilung vor, so in jenen, die mit bedeutenden Hirndefecten verbunden sind, in welchen Schädelwände und Hirnventrikel schon die starren Formen bedeutender Erweiterung angenommen haben oder Neoplasmen in der Schädelhöhle, Sinusthrombose u. dergl. den Erguss veranlassten. Schliesst man nun die ersteren Fälle, die eine klare Einsicht in die Bedingungen des Processes und eine darauf basirte causale Behandlung gestatten, sowie die zweite Reihe der unheilbaren Fälle aus, so bleiben immerhin noch genug andere übrig, bei welchen eben nur der Hydrocephalus vorliegt. Wie soll man aber diese behandeln? Zunächst kann man an eine der vorgeschlagenen chirurgischen Methoden denken. Vor Allem kommt hier die Punction in Frage, welche mittelst eines feinen Troicarts am Seitenrande der Fontanelle ausgeführt wird und zwar dann, wenn die Schädelknochen noch verschiebbar sind, die Fontanellen und Nähte weit offen sind, und die Gesundheit sonst günstig ist. Diese Operation ist seit den ältesten Zeiten immer wieder empfohlen worden, und es sind neben vielen unglücklichen selbst lethalen Ausgängen auch einige günstige (Schöpf, Heidborn) gewonnen worden. Diejenigen Bedingungen, welche ihr einen günstigen Erfolg sichern, sind eben zu selten vereinigt, als dass deren allgemeinere Anwendung zu rathen wäre. Bei kleineren Wasserköpfen ist sie nicht angezeigt, bei grossen in der Regel erfolglos. Dagegen kann immerhin die Compression des Schädels mittelst kreuzweiser und circulärer (nach Art der Mitra Hippocratis angelegter) Heftpflasterstreifen, sowohl für sich als in Verbindung mit entsprechender innerlicher Behandlung, versucht werden, nur muss sie eben, soferne darauf Steigerung der Störungen am Nervensysteme erfolgt, sofort wieder unterbleiben. Es scheint kaum zweifelhaft, dass in einer Anzahl von Fällen durch dieses Verfahren die Heilung wesentlich befördert oder hauptsächlich bedingt worden sei. Für diese Art von Kranken wird dann immerhin ein tonisirendes Heilverfahren im Allgemeinen, ferner Application von Jodsalbe auf den Schädel und Nacken, zeitweiser Gebrauch von Purganzen und diuretischen Mitteln angezeigt erscheinen. Das Mercurialisiren aber, die Application von Brechweinstein-, Crotonöl-Salben, Vesicantien, Moxen u. dergl. sind als unnütze oder schädliche Quälereien zu verwerfen.

Hydrocephalus chronicus externus, bei welchem

die Flüssigkeit ihren Sitz zumeist im Sacke der Arachnoidea hat und reicher an Albumin, und selten sehr massenhaft ist, macht etwa von denselben Störungen wie der vorhergehende ausgehend seinen Verlauf; so sahen wir ihn bei Morbus Brightii, bei Hirntuberkeln, nach einer in chronischen Verlauf übergegangenen Meningitis (allerdings mit sehr trübem Exsudate), mit Lymphdrüsengeschwülsten am Halse und Thrombosis sinuum beisammen, doch scheint allerdings seine häufigste Ursache die Apoplexia meningea zu sein. Man findet dabei die Hirnwindungen stark ausgeprägt, die Gefässe an der Convexität reichlich gefüllt, das Hirn im Ganzen nach der Basis verdrängt und durch einen grösseren oder kleineren Raum, den eben die Flüssigkeit einnimmt, von den Schädelknochen geschieden. Die Ventrikel finden sich nur bei sehr geringer Quantität derselben manchmal auch hydropisch, ausserdem leer. Der Verlauf dieser Form ist im Allgemeinen noch häufiger als bei der vorigen ein latenter, andernfalls sind die Zeichen die gleichen. Wir wüssten nur in zwei Fällen die Unterscheidung zu machen, 1) wenn sehr deutliche Zeichen einer (Meningeal-) Apoplexie vorausgegangen waren, 2) nach den Resultaten einer Explorativpunction. Letztere wird jedoch in der Regel zu verwerfen sein. Prognose und Therapie sind die gleichen, nur wären vielleicht die Chancen einer Punction und Entleerung der Flüssigkeit günstiger, weil keine Verletzung des Hirns nöthig ist und weil die blosse Zusammenlehnung der Schädelknochen genügt zur Ausgleichung, indess beim H. internus auch noch die Dilatation der Seitenventrikel einer solchen entgegensteht.

Hydrocephalus acutus.

Indem wir bezüglich alles Weiteren auf das gelegentlich der Meningitis tuberculosa Gesagte verweisen, sei hier nur erwähnt, dass als grosse Seltenheit diagnostisch kaum zugängliche Fälle vorkommen und zwar bei Kindern etwas häufiger als bei Erwachsenen, in welchen die Section als einzige Todesursache einen acuten Erguss in die Seitenventrikel, zumeist mit Durchfeuchtung und Zertrümmerung der benachbarten weissen Substanz, nachweist. — Der Tod erfolgt dabei zumeist apoplektisch, manchmal auch nach mehrtägigen meningitischen Symptomen. Einige (Dietl u. A.) sehen darin eine früh durch den Tod unterbrochene acute Hirnkrankheit (Meningitis tuberculosa), wofür auch die öftere Verknüpfung solcher Fälle mit Tuberculose spricht.

XIV. Hirngeschwülste.

Wahrscheinlich haben alle Hirngeschwülste (die angeborenen etwa ausgenommen) ein anfängliches Stadium der Latenz. Bei manchen wird schon während dieses Stadiums der Verlauf durch einen tödtlichen Zwischenfall unterbrochen. Namentlich kleinere Geschwülste in der Hirnrinde, in dem weissen Marklager der Hemisphären, in dem vordersten Theil derselben, aber auch mitten in der Brücke oder im Kleinhirn bleiben lange symptomlos. Unter den allgemeinen Symptomen der Hirngeschwülste ist das constanteste, meistens auch am Frühesten auftretende, der Kopfschmerz. Wo die Hirnhäute direct von der Geschwulst gedrückt werden, ist er immer gleichseitig, durch diagonalen Druck kann er aber auch auf der entgegengesetzten Seite auftreten. Hinterhauptschmerz deutet den Sitz der Geschwulst in der hinteren Schädelgrube an. Nächstdem kommen als Druckwirkungen Schwindel, Erbrechen, Stuhlverhaltung, Pulsverlangsamung, Abnahme der Intelligenz und des Sehvermögens, bei Säuglingen vermehrte Wölbung des Schädels und Spannung der Nähte zur Beobachtung.

Die übrigen, mehr localen Symptome sind in erster Linie von dem Sitz der Geschwulst abhängig. Sie sind um so mehr für die Anwesenheit einer Hirngeschwulst beweisend, je mehr sie sich in einer stetig fortlaufenden Reihe entwickeln. Während diese zweite Gruppe von Symptomen sich in Entwickelung befindet, treten häufig Zwischenfälle ein, die für den Verlauf bedeutungsvoll werden können z. B. apoplectiforme, epileptische Anfälle, vorübergehende Lähmungen oder aphasische Zustände. Endlich können auch die terminalen Symptome bestimmte Form und Gehalt gewinnen und für die Diagnose aufklärend werden, z. B. wenn sie sich bei Aneurysmen als Intermeningealhämorrhagie, bei Tuberkeln als Basilarmeningitis zu erkennen geben.

Die Diagnose eines Hirntumors dürfte gesichert erscheinen, wenn intensiver Kopfschmerz da ist, die ophthalmoscopische Untersuchung den (in ca. 94% der Fälle) fast constanten Befund der Stauungspupille liefert, der Verlauf ein gewisses stetiges Fortschreiten erkennen lässt, endlich wenn die Symptome so gelagert sind, dass man sich über den Sitz der Geschwulst eine bestimmte Vorstellung machen kann.

Für die häufiger befallenen Theile des Gehirns lassen sich etwa

folgende Symptomengruppen angeben: Geschwülste des Streifenhügels, Linsenkerns und Hirnschenkels und deren nächster Umgebung machen motorische Lähmungen und geringe sensible Störungen der entgegengesetzten Körperhälfte. Im Gesichte wird nur der Facialnerv gelähmt und zwar mit Ausschluss der zu den Muskeln der Stirne und des Auges gehenden Aeste. Die Zunge weicht beim Vorstrecken mit der Spitze etwas nach der gelähmten Seite ab wegen Schiefstand des Zungenbeines. Der Zungenfleischnerv ist nicht mit gelähmt. Bei diesen Formen ist häufig Störung der Sprachbildung mit vorhanden, wenn sich die Geschwulst auch nach den Stirnwindungen hin erstreckt. Andererseits kommt aber auch bei Kleinhirngeschwülsten öfter Sprachstörung vor. Halbseitige Anästhesie findet sich besonders bei Läsionen des hinteren Theiles der inneren Kapsel.

Eine Geschwulst in der Brücke mit seitlichem Sitze macht Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte und je nach ihrem Verhalten zu dem Kreuzungspunkte des Facialnerven gleichseitige, anderseitige oder beiderseitige Gesichtslähmung. Ausserdem machen Brückengeschwülste allgemeine Zitterkrämpfe, Störungen des Schlingens, des Athmens und häufig doppelseitige Lähmung. Ganz allgemein werden doppelseitige Lähmungen, von Erkrankungen in der Mitte gelegener Hirntheile oder von doppelseitigen Hirnerkrankungen abzuleiten sein. Am Häufigsten gehen sie allerdings von der Brücke aus.

Zeigt ein Kranker gekreuzte Lähmung derart, dass auf der einen Seite die Extremitäten gelähmt sind, auf der anderen Seite das Gesicht empfindungslos ist, so wird man, namentlich wenn auch noch Neigung zu Reitbahngang oder Drehbewegungen da ist, den mittleren Kleinhirnschenkel als Sitz der Erkrankung auffassen. Gleichseitige Oculomotorius-Lähmung und anderseitige Extremitäten-Lähmung weist auf den Grosshirnschenkel hin. Werden nach einander die Sehnerven und Augenmuskelnerven einerseits gelähmt, so handelt es sich um eine Geschwulst der Pituitargegend.

Gleichseitige Lähmung entsteht durch basilaren Druck auf einzelne Hirnnervenstämme oder durch intracerebralen Druck auf doppelt gekreuzte motorische Fasern. Nach Brown-Sepuard liegen solche nahe der Basis in den Grosshirnschenkeln und in der Nähe der Thalami optici. Von besonderer Bedeutung sind Sehstörungen; sie entstehen sowohl durch Erkrankungen des Sehnerven in der Augen- und Schädelhöhle, als auch durch Erkrankungen der

Vierhügel der Thalami und durch Neuritis descendens. Grössere Geschwülste, die keine Sehstörung machen, müssen einen ganz besonderen Sitz einnehmen im vorderen oberen Theil des Grosshirns oder im unteren Theil des Kleinhirns. Es liessen sich noch eine Anzahl von diagnostischen Regeln hier anführen, aber es mag mit diesen genug sein, denn nicht fixe Regeln, sondern die denkende Analyse des Einzelfalles und das sorgfältige Stadium der Hirnphysiologie und der pathologischen Casuistik ermöglichen die Localdiagnose der Hirngeschwülste.

Für die Diagnostik der Geschwulstarten scheint mir die von Rindfleisch gegebene Eintheilungsweise sehr fruchtbringend zu sein. Darnach werden unterschieden: Geschwülste an den freien Oberflächen der Binnenräume des Systems, Geschwülste, welche von den Gefässscheiden ausgehen und Geschwülste, welche von der Neuroglia ausgehen. Wenigstens für einige Kategorieen der beiden ersten hier genannten Abtheilungen lässt sich das Gemeinsame erkennen, dass sie Deckgeschwülste, Beleggeschwülste sind, die von aussen her Hirntheile durch Druck lähmen, schädigen, zerstören. Dagegen die von der Neuroglia ausgehenden Formen lassen sich wohl auch als Expansionsgeschwülste bezeichnen, die durch allseitigen Druck das Organ im Ganzen stark schädigen. Diese Art der Wirkung mit starken diffusen und allgemeinen Hirnsymptomen tritt besonders klar hervor bei den Gliomen. Hier sind Kopfschmerz, Schwindel, Stupor, Einengung des geistigen Horizontes vorwiegend, die Localsymptome bei der Vorliebe für die weisse Substanz der Hemisphären, besonders der Occipitallappen wenig entwickelt. Speciell sind noch die Gliome ausgezeichnet durch vorwaltende Beziehungen zu vorausgegangenen Traumen, durch sehr langsamen Verlauf, starke Neigung zu Blutungen, die apoplectiforme Zwischenfälle verursachen, endlich noch durch die Flüchtigkeit der Lähmungen, die sie bewirken. Angesichts des Sitzes mancher Gliome muss man staunen, wie wenige Lähmungen sie verursachten. Oder die nach dem Sitze nothwendig zu erwartenden Lähmungen waren da und gingen rasch wieder vorüber. Durch solche Erfahrungen erhält die Annahme von Klebs, dass die Gliome eigentlich Neurogliome seien, leitungsfähige Nervenfasern enthalten, für den klinischen Gesichtspunkt viel Begründung. Für das Kindesalter zeigen die Gliome namentlich zwei Besonderheiten: Sie gehen häufig von der Retina aus und wuchern aus der Orbita in die Schädelhöhle hinein; zweitens: sie zeigen entgegen

der Gewohnheit solitären Vorkommens beim Erwachsenen Neigung zu Vervielfältigung und zum Ueberspringen in entfernte Organe des Kindes.

Rascheren Wachsthumes, weniger apoplectisch hämorrhagischen Zwischenfällen ausgesetzt sind die zunächst stehenden Sarkome der Hirnsubstanz, die jedoch durch geringeren Umfang auch seltener zu so starken Erscheinungen von Hirndruck gelangen, wie die Gliome, mehr Localsymptome, weniger starke diffuse Hirnstörungen liefern. Zudem lässt sich für die meisten Sarkome der Ausgang von den Hirnhäuten nachweisen, wie sie dann auch mehr die Erscheinungsweise von Beleggeschwülsten zeigen. In diese Gruppe gehören noch manche Cysten, einzelne Echinococcen, die Myxome des Gehirnes. Ferner sind als eigentliche gliogene Geschwülste die Tuberkeln zu betrachten, deren Auftreten besonders besprochen werden soll.

Die Beleggeschwülste des Gehirnes lassen sich vom klinischen Standpunkte aus theilen in solche der Basis und Convexität. Die basilaren Geschwülste, als welche uns besonders die von den Häuten oder Gefässscheiden ausgegangenen Sarkome, dann Aneurysmen und manche Syphilome sich darstellen, zeichnen sich durch Lähmung einzelner Hirnnerven aus, durch gekreuzte Lähmungen, durch das Fortschreiten der Lähmungen von einem Hirnnerven zum anderen. Die Aneurysmen speziell zeichnen sich durch embolischen Anfang und durch die in der Hälfte der Fälle stattfindende Beendigung des Verlaufes durch Berstung und Apoplexia meningealis, einzelne auch durch typische Lähmungsformen aus.

Als angelagerte Geschwulstformen der Convexität treten uns namentlich Cysticerken und Syphilome entgegen. Sie sind ausgezeichnet durch monoplegische, dissociirte Lähmungen, durch Sprachstörungen und durch das neuerdings so viel besprochene Symptom der Rinden-Epilepsie. Das heisst durch epileptische Anfälle, die mit Zuckungen in einem bestimmten Gebiete halbseitig beginnen, meist in einem Arme, sich dann in gesetzmässiger Weise in dieser Körperhälfte verbreiten, darnach erst auf die andere überspringen und zur Bewusstlosigkeit führen, häufig auch unvollständige Lähmungen in den zuerst befallenen Theilen hinterlassen. Wiewohl das Kindesalter weniger syphilitische Hirngeschwülste aufweist, ist doch auf diese fast allein heilbare Form von Hirngeschwulst bei der Diagnose ganz besondere Rücksicht zu nehmen, um nicht einen wichtigen therapeutischen Angriffspunkt unbenützt zu lassen.

Ausser den hier erwähnten Formen sind noch Lipom, Myxom,

Enchondrom, Dermoidgeschwulst, Cholesteatom, Osteom und verschiedene Combinationen dieser Formen im Kindesalter beobachtet worden. Bezüglich der Literatur und Casuistik sei auf die ausführliche Arbeit von Steffen in dem Handbuche der Kinderkrankheiten Bd. V verwiesen.

XV. Hirntuberkel.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 656 u. f.
Rilliet und Barthez Bd. III. p. 528.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilk. N. F. Berl. 1868. p 61.
Steiner und Neureutter: Prag. Vierteljahrschr. 1863. Bd. II.
Förster (in Dresden): Einige Bemerkungen über Meningealtuberculose und Hirntuberkel. Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F. II. 366.
A. Steffen: Ueber einige seltenere Formen von Krankheiten des Gehirnes und der Hirnhäute. Ibid. I. p. 150.
L. Fleischmann: Mittheilungen aus dem St. Josef's Kinderspitale in Wien. Ibid. III. p. 90. id: österr. Jahrb. f. Pädiatrik II. 1872.
C. Pilz: Ein Fall von Tuberkel in den Vierhügeln. Ibid. III. 133.

Diejenigen Geschwülste im Gehirn, welche man als Tuberkeln bezeichnet, sind von gelber Farbe, trockener, leicht zerbröckelnder Beschaffenheit und ähnlich käseartigem Aussehen, wie scrophulös entartete Lymphdrüsen. Ihre Grösse schwankt zwischen der einer Linse und einer Faust, am Häufigsten zwischen dem Umfange eines Kirschkernes und dem einer Haselnuss. Die Form ist ziemlich regelmässig rund, wo nicht durch Anstossen an harte Gewebe eine Abplattung oder durch Vereinigung mehrerer ein zackiges Conglomerat entstand. Auf dem Durchschnitt lassen viele ihrem Wachsthum entsprechende concentrische Schichtung, andere einen unregelmässig rissigen Bau erkennen. Die Grenze der Geschwulst bildet, wo sie in lebhaftem Wachsthum begriffen ist, eine rothgraue, weiche, zellig bindegewebige Wucherungsschicht, innerhalb deren Miliartuberkeln bald getroffen, bald vermisst werden. Man kann desshalb auch nur in einem Bruchtheil der Fälle die Entstehung der Geschwulst aus solchen ächten Tuberkeln nachweisen; für die übrigen bleibt die Bezeichnung «verkäsende Encephalitis» wenigstens nicht ohne Berechtigung. Nach ihrer knolligen Form, gelben Farbe und grauen Rinde werden diese Gewächse hie und da nicht unpassend als Kartoffelgeschwülste bezeichnet. Die Geschwulst kann verkreiden und schrumpfen, central erweichen zu einem grünlichen, eiterähnlichen Brei, oder während sie schrumpft, von einer Eiter- oder Serum-

schicht umgeben werden. Die grossen Geschwülste sind nur in geringer Zahl, meist Einzahl, vorhanden; finden sich 20 und mehr, so ist ihr Umfang gering. Die gefässreichen Theile des Gehirnes sind dieser Erkrankung weit mehr ausgesetzt als die gefässarmen, die graue Substanz mehr als die weisse; primäre Entstehung in letzterer gehört sogar zu den entschiedenen Seltenheiten. So findet man sie denn in Mehrzahl besonders in der Hirnrinde, in einzelnen grossen Knoten in den grossen Ganglien, im Pons, im Marklager des Kleinhirns. Letzteres wird absolut ebenso oft als das Grosshirn betroffen, also wenn man die Grösse mit berücksichtigt, weit häufiger als dieses. Weniger als das Hirn, aber unter den Häuten am Häufigsten erkrankt die Pia mater, seltener die Dura. Von den Schädelknochen ist am Meisten das Felsenbein der Tuberculose ausgesetzt. Rilliet und Barthez haben nachgewiesen, dass sowohl an den Hirnhäuten, wie am Gross- und Kleinhirn die Erkrankungen der linken Seite um ein Beträchtliches häufiger sind als die der rechten.

Die umgebende Hirnsubstanz ist oft im Zustande der rothen oder weissen Erweichung, oder zeigt einzelne kleine Hämorrhagieen, auch grössere Blutungen kommen in der näheren oder ferneren Umgebung bisweilen vor.

Weit häufiger treten Hydrocephalus und Basilarmeningitis hinzu. Die Transsudation von Serum in die Seitenventrikel begleitet überwiegend häufig die Kleinhirntuberkeln, regelmässig diejenigen des Wurms. Sie ist Folge von Druck auf die Vena magna Galeni oder die Hirnsinus. Tuberculöse Entzündung der Pia führt in etwa $^1/_5$ der Fälle das Ende herbei. Gewöhnlich findet sich neben diesen Erkrankungen im Schädel an den ziemlich abgemagerten Leichen noch käsige Entzündung der Bronchialdrüsen, der Lungen und Tuberculose verschiedener anderer Organe mit vor. Doch sind die wenigen auch in den neueren Zusammenstellungen immer wieder auftretenden Fälle primärer und vereinzelt gebliebener Tuberculose des Hirns (verkäsender Encephalitis) nicht ausser Acht zu lassen.

Die Erkrankung kommt im Kindesalter überwiegend häufig vor, so dass z. B. bei Ladame etwas über die Hälfte aller Fälle Kinder unter 10 Jahren betrifft. Mädchen und Knaben werden gleich oft befallen, das Alter von 2—5 Jahren am Stärksten. Schon bei einem 13wöchentlichen Kinde begann die Erkrankung (Förster). Meist sind es Kinder, die zuvor schon an anderen scrophulösen Erkrankungen gelitten hatten. Alles, was zur Scrophulose und Tu-

berculose disponirt, begünstigt auch in gewissem Masse die Entstehung der Hirntuberkel. Dennoch bleibt es auffallend, dass in manchen Familien speciell diese sonst seltenere Form mehrere Kinder betrifft. Unsere Einsicht in die eigentliche Entstehungsweise ist noch sehr dürftig, eigentlich auf Vermuthungen beschränkt. Man kann für eine Anzahl von Fällen eine besondere Neigung der Neuroglia Scrophulöser zur Entzündung und zur anämischen Necrose der Entzündungsproducte annehmen (Virchow); Traumata, die den Kopf treffen, würden dann, wie es so oft erzählt und angenommen wird, die nächste Krankheitsursache sein. Freilich wird dies auch in Fällen erzählt, wo die Section Cysticerken und Echinococcen als anatomische Grundlage nachweist. Gewiss bedingt eine solche Veranlassung häufiger den Ausbruch der Symptome, als die Entstehung der Krankheit. Mir scheinen in dem überwiegenden Vorkommen in den gefässreichen Parthieen des Gehirns und in der linken Hälfte desselben Anhaltspunkte zu liegen, die auf eine embolische Entstehung hindeuten. Eine solche liesse sich mit den jetzigen Anschauungen über die Natur der Tuberculose am Leichtesten in Einklang bringen. Man müsste eine specifische Embolie annehmen, die um sich greifende Veränderungen setzt, wie dies auch vom Hirnabscess bekannt ist. Die hinzutretende Basilarmeningitis ist dann nicht Folge des Hirntuberkels, sondern späterer Ausfluss derselben Quelle, aus der dieser entstand. Die Symptome der Hirntuberkeln sind dieselben, wie die jeder anderen gefässarmen nach Sitz, Grösse und Dauer gleichwerthigen Hirngeschwulst. Die Tuberkeln überwiegen so bedeutend im Kindesalter, dass man nur zu sehr geneigt ist, jede Hirngeschwulst, die sich während der Kindheit erkennen lässt, für einen Tuberkel zu halten, namentlich dann, wenn scrophulöse Erscheinungen und Abmagerung vorausgingen, und wenn der letzte Theil des Verlaufes ein fieberhafter, meningitischer ist. In der That gibt es keine stärkere Bestätigung für die Annahme der tuberculösen Natur einer Hirngeschwulst, als den Abschluss des Verlaufes durch basilare Meningitis.

Aus zwei Gründen rufen die meisten Hirntuberkeln Hydrocephalus hervor. Ebensoviele Hirntuberkeln sitzen im Kleinhirn wie im Grosshirn. An ersterem Orte können sie nicht leicht eine bedeutendere Grösse erreichen, ohne einen nachtheiligen Druck auf die in der Nähe zusammengedrängten venösen Apparate auszuüben. Zudem liegen in der scrophulösen Erkrankung wichtige Hilfsursachen: die Kranken werden anämisch, Amyloidentartung der Niere begün-

stigt die Entstehung des Hydrops, angeschwollene Lymphdrüsen comprimiren die Vena cava und ihre Wurzeln, genug Wasseransammlung in den Seitenventrikeln kommt häufiger noch, als man nach der Zahl der Kleintuberkeln erwarten sollte, vor. Folgen davon sind Sehstörungen, die sich ophthalmoskopisch durch Neuroretinitis, Stauungspapille oder Atrophie des Nerven zu erkennen geben, Umfangszunahme des Schädels, in einzelnen Fällen zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr selbst durch Wiedereröffnung der schon geschlossenen Nähte und Fontanellen, endlich diffuse Symptome von Hirnanämie und Hirndruck.

Man hat den Hirntuberkeln die Eigenschaft zugeschrieben, häufig Convulsionen hervorzurufen. Ich glaube nach Vergleichung vieler Fälle, dass sie nicht den Tuberkeln allein, sondern allen Hirngeschwülsten im Kindesalter zukommt.

Fixer Kopfschmerz an einer Stelle, ohne Lähmungen oder Krämpfe, bei schlaffen, abmagernden, zuvor schon scrophulösen Kranken, der sich späterhin mit Abnahme der Intelligenz und endlich mit Sopor verbindet, ist ein gutes Zeichen für chronische Tuberculose der Pia mater. Die so häufigen Tuberkeln des Kleinhirns machen Hinterhaupt- und Nackenschmerz, öfteres Erbrechen, Unsicherheit des Ganges, bald halbseitige Lähmung, bald Schwäche beider unteren Extremitäten, sehr oft Erblindung, Neigung zu Drehbewegungen und frühzeitige geschlechtliche Reizung. Halbseitige Körperlähmung wird überhaupt am Häufigsten durch Hirntuberkeln zu Stande gebracht (Henoch). Auch Krampf des Accessorius und Polyurie sind bei Kleinhirntuberkeln, freilich häufiger bei solchen des verlängerten Markes, beobachtet worden.

Tuberkeln kommen häufiger als andere Geschwülste in Mehrzahl vor. Auch bei Blasenwürmern, krebsigen und syphilitischen Geschwülsten ist das Vorkommen in Mehrzahl beobachtet, aber nur als seltene Ausnahme, während es bei Tuberkeln überwiegt. Gilt nun auch bei Hirntumoren die Regel, alle Symptome, wo irgend möglich, auf eine Geschwulst zu beziehen, so zeigt sich doch häufig die Unmöglichkeit, damit zu einem befriedigenden Abschluss zu gelangen. Gerade diese Fälle sind der Tuberculose höchst verdächtig, wo nicht besondere Zeichen auf Syphilis, Entozoen oder dergleichen hinweisen. Bei den in der Hirnrinde zerstreuten Tuberkeln ist es oft die Schwere des ganzen Krankheitsbildes, die starke Beeinträchtigung der höheren Hirnfunctionen und die Geringfügigkeit der vorhandenen Lähmungs- und Reizungserscheinungen, die auf die

richtige Diagnose hinweist. Diese Fälle mit zahlreichen Tuberkeln in der Hirnrinde neigen am Ersten zu subacutem, Meningitis-ähnlichem Verlauf.

Die wichtigen diagnostischen Anhaltspunkte lassen sich so zusammenfassen: Scrophulose oder ererbte Neigung dazu, Nachweis der scrophulösen und tuberculösen Erkrankung anderer Organe, namentlich der Lungen oder Lymphdrüsen, Hydrocephalus im mittleren, Basilarmeningitis im letzten Theil des Verlaufes, Zeichen einer sehr chronisch verlaufenden, mit Lähmung und Sehstörung einhergehenden Hirngeschwulst oder mehrfacher Geschwulstbildung.

Wenn der Tuberkel auch nicht heilen kann, so kann er doch auf längere Zeit in Stillstand, selbst in regressive Metamorphose eintreten. Es ist kein Zweifel, dass eine vernünftige Behandlung diesen Gang der Dinge fördern, eine verkehrt eingreifende das Ende beschleunigen kann. Personen, die im Verdachte der Hirntuberculose stehen, sollen körperliche Anstrengung, geistige Aufregung vermeiden, gut aber reizlos genährt werden. Wegen der Gefahr des Hydrocephalus sind zeitweise Ableitungen auf den Darm und Hautreize am Nacken von Vortheil. Des Kopfschmerzes und convulsivischer Anfälle halber können grössere Dosen Morphium oder Chloralhydrat nöthig werden. Häufiges Erbrechen erfordert die Anwendung von Brausemischungen, Eis und narkotischen Mitteln. Lähmungen einzelner Hirnnerven setze man ausschliesslich eine tonisirende Behandlung, keinerlei medicamentöse oder äussere, elektrische Reizmittel entgegen.

XVI. Echinococcen.

Mauthner: Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks bei Kindern. p. 286.
Davaine: Traité des entozoaires. p. 650.
Risdon Bennet: Journ. f. Kinderkrankheiten XL. p. 394.
Cannstatt's Jahresber. I. 1. Pädiatrie p. 19.
Politzer: Jahrb. f. Kinderheilk. VI. p 50.
H. Meissner: Schmidt's Jahrb. CXVI. p. 198. Ferner ibid. CXIV. p. 297., ferner CXXXIV. p. 41.
Morgan: Jahresb. 1870. I. 276.
Whittell: Lancet 1870.
Reeb: Observations d'acephalocystes du cerveau. Recueil de mem. de med., de chir. et de pharmac. milit. 1871. 27. p. 31. cit. bei
C. Westphal: Berl. klin. Wochenschrift 1873. Nr. 18.

Der Blasenwurm des Gehirnes ist im Ganzen eine sehr seltene

Erkrankung. Im Kindesalter kommt er mindestens ebenso häufig als bei Erwachsenen vor. Von 29 bei Davaine gesammelten Fällen betreffen 8 Kinder; berücksichtigt man, dass nur bei 22 Fällen Altersangaben vorhanden sind, so kann man wohl sagen, dass $1/3$ der Hirnechinococcen Kinder betreffen. Ueber die Entstehung gilt Alles das, was bei den Leberechinococcen erwähnt wurde. Die Kranken standen sämmtlich zwischen dem 7. und 15. Jahr (Beginn wahrscheinlich einige Jahre früher), nur einer war zur Zeit des Todes erst 5 Jahre alt. Knaben und Mädchen wurden gleich oft betroffen. Ueber den Stand, über das Halten von Hunden in der Familie der Kranken finden sich natürlich keine Angaben vor. Unter 19 Fällen fanden sich zwölfmal eine, einmal zwölf, fünfmal zwei Cysten vor. Die eine wurde mehrmals gänseeigross, einmal strausseneigross getroffen. Der Sitz der Geschwulst verhält sich in den erwähnten Fällen so:

Grosshirn 14mal, davon 10mal rechts, 2mal links; unter den Erkrankungen der rechten Seite betrafen 6 den Vorderlappen.

Dura mater 3mal, Kleinhirn einmal, 3. und 4. Ventrikel einmal. Viermal waren zugleich Leberechinococcen vorhanden.

Darnach sind zwei Hauptformen der Krankheit zu betrachten, je nachdem sie als Grosshirngeschwulst oder als Geschwulst der Dura mater auftritt. Im ersteren Falle bevorzugt sie die rechte Seite stark (8 : 2), geht oft vom Seitenventrikel aus, und macht die Erscheinungen eines rasch wachsenden grossen Hirntumors. Im zweiten Falle kann die Geschwulst an der Aussen- oder Innenseite der Dura sitzen; ihre Symptome sind ähnlich denen der Schädelknochengeschwülste, es kommen dabei extracerebrale complete Lähmungen von Hirnnerven vor, mit Atrophie gelähmter Muskeln.

Die Anfänge der Krankheit können symptomlos sein. So fand Tonnélé zwei nussgrosse Cysten im rechten vorderen Lappen bei einem Knaben, der keinerlei Hirnsymptome geboten hatte und an einem Leberabscess gestorben war. Sieht man nothgedrungen von diesem anfänglichen Stadium der Latenz ab, so bleibt eine Verlaufsdauer von 4 Wochen bis zu 4 Jahren übrig. Der Anfang der Krankheitszeichen kann je nach dem Sitze der Geschwulst sehr verschiedenartig ausfallen, er kann durch Kopfschmerz, Lähmungen, verschiedene Krampfformen, Sehstörung oder verändertes psychisches Verhalten gebildet werden. Am Constantesten unter allen Symptomen und am Häufigsten als erstauftretendes erwähnt wird hier bei allen umfangreichen Tumoren der Kopfschmerz. Er ist hie und

da nur während eines Theiles des Verlaufes vorhanden, bald continuirlich, bald in geschlossenen Anfällen auftretend. Mit heftigen Anfällen tritt Erbrechen und Somnolenz ein. Auffallend häufig sind Sehstörungen, meistens völlige Erblindung eines oder beider Augen. Sie werden in $^3/_5$ der Fälle angegeben, namentlich auch 10mal bei einseitigen Grosshirntumoren, wo nur der bedeutende Umfang, den die Cyste erlangt und ihre Lage (meist nach Vorn und Unten) die Compression des Chiasmas oder eines N. opticus erklärt. In dieser Beziehung ist es beweisend, dass einmal bei einer Geschwulst des rechten Seitenventrikels mit dem Verlust des Gesichtes auch Anosmie eintrat (Rendtorff). Krämpfe und Lähmungen kommen gleich häufig in etwas mehr als der Hälfte der Fälle vor, erstere in sehr mannichfachen Formen, so als halbseitige, doppelseitige, klonische, als tetanische, in Form epileptischer Anfälle, als halb- oder doppelseitige Chorea. Die Häufigkeit gerade dieses Vorkommnisses dürfte von einigem Werthe für die Diagnose sein.

Die Lähmungen treten je nach dem Sitze der Geschwulst in sehr verschiedener Form auf; am Häufigsten ist bei halbseitiger Grosshirngeschwulst Lähmung des Gesichtes und der Extremitäten der anderen Seite. In einem Falle von Faton, demselben, der eine vierjährige Krankheitsdauer erreichte, bestand während der ersten beiden Jahre nur eine solche Hemiplegie. Eine sehr grosse, wenn auch einer Hirnhälfte angehörende Cyste macht doppelseitige Lähmung. Einzelne Male ist Lähmung der Augenmuskelnerven, des Gesichtsnerven und auch der Blase beobachtet worden. Die psychischen Functionen werden sehr oft beeinträchtigt. In dieser Beziehung werden Abnahme der Intelligenz, Stumpfsinn, Schläfrigkeit und Koma erwähnt. Letzteres tritt gewöhnlich als Enderscheinung, manchmal freilich von wochenlanger Dauer auf. Bei Grosshirngeschwülsten wird viermal vorübergehende Aphasie, einmal zwangsweises Rückwärtsgehen erwähnt. Als Zeichen einer Echinococcengeschwulst im Grosshirn einer Seite lassen sich ziemlich sicher erwarten: Heftiger Kopfschmerz mit Erbrechen, häufige, verschieden gestaltige Krampfanfälle, Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte, Erblindung an einem oder an beiden Augen, nach rascher continuirlicher Steigerung dieser Symptome Tod unter Convulsionen nach längerer Bewusstlosigkeit. Für die Echinococcen der Dura ist heftiger Kopfschmerz, Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte und vollständige Lähmung einzelner Hirnnerven be-

zeichnend. Erstreckt sich eine solche Geschwulst bis in die Augenhöhle, so bewirkt sie Erblindung, Augenmuskellähmung und Vortreten des Augapfels; drückt sie den Zungenfleischnerven, so tritt Atrophie der Zungenhälfte ein. Von besonderem Interesse ist die von Moulinié an einem 15jährigen Mädchen gemachte Beobachtung, wo eine Geschwulst dieser Art die Schädelknochen durchbrach und nach ihrer Eröffnung Eiter und eine Menge Tochtercysten entleerte, worauf die schon ziemlich schweren Hirnsymptome zur völligen Heilung kamen*). Für die Diagnose der Echinococcengeschwülste im Hirn kann sich da die Möglichkeit ergeben, wo gleichzeitige Echinococcen der Leber nachweisbar sind, wo die Erscheinungen rasch wachsen und das Bild einer Grosshirn- oder basalen Geschwulst von bedeutendem Umfang darbieten, ohne dass constitutionelle oder locale Symptome einer tuberculösen oder carcinomatösen Krankheit da wären. Die Möglichkeit der Heilung ist durch die erwähnten Fälle von Moulinié und Westphal gewährleistet. Umwandlung in eine mörtelähnliche Masse trat in dem Falle von Roger bei der einen Blase ein, während die andere fortwuchs. Wenn nur die Diagnose der Krankheit und ihres Sitzes zu einiger Sicherheit ausgebildet werden kann, dann muss auch für eine erfolgreiche chirurgische Behandlung Raum gewonnen werden. Ich halte es nicht für zu weit gegangen, wenn man, um solchen Erkrankungen vorzubeugen, abräth, Kinder mit Hunden spielen zu lassen (vergl. pag. 534).

XVII. Cysticercus cellulosae.

W. Griesinger: Cysticerken und ihre Diagnose. Arch. d. Heilk. III. p. 207.
W. und G. Merkel: Ein Fall von Cysticercus im Kleinhirn. Deutsch. Arch. f. klin. Med. III. p. 294.
G. Merkel: Freier Cysticercus am Aditus ad infundibulum. Ibid. p. 297.
Bouchut: Journ. f. Kinderkrankheiten XXXIII. p. 271.
Wilks: Lancet I. 16. Apr. 1863, Schmidt's Jahrb. CXXI. p. 66.
Roger: Gaz. des hôpit. 1865. 87, 88. Schmidt's Jahrb. CXXXIII. 307.
Lambl: Aus dem Franz-Josef-Kinderspitale in Prag I. p. 62.
Gelmo: Jahrb. f. Kinderkrankh. IV. 137.

---

*) Ich erinnere mich, einen ähnlichen, älteren Fall von Peinemann gelesen zu haben, kann ihn jetzt jedoch nicht wieder auffinden. Einen Heilungsfall derart theilt Westphal loc. cit. vom Erwachsenen mit. Bei Reeb's 5j. Knaben war der Durchbruch im Werke, eine fluctuirende Geschwulst trat am l. Scheitelbein hervor, wurde punctirt, dann aber trat der Tod ein.

Fleischmann: Oestr. Zeitschrift f. Pädiatrik II. 1872.
v. Conta: Ueber Bandwurmkrankheit im Grossh. Weimar, Zeitschrift f. Epid. und öff. Gesundheitspflege 1871. Nr. 11. S. 164.

Die Finne der Taenia solium ist im Kinderhirne ungleich seltener beobachtet worden als die Echinococcenblase, während sie doch sonst entsprechend ihrer näher liegendenden Bezugsquelle auch leichter und häufiger als letztere einwandert. Während die Eier des Echinococcus aus dem Hundedarme kommen, stammen die des Cysticercus meistens aus dem eigenen Darme des Erkrankten. Man muss annehmen, dass beim Erbrechen oder sonstigen antiperistaltischen Bewegungen geschlechtsreife Glieder des Bandwurmes in den Magen gelangen, hier entwickelt werden und als Embryonen auswandern. Dies ist sicher dort anzunehmen, wo man den Bandwurm im Darme noch vorfindet, und wo die Cysticerken in grosser Zahl im Körper vorhanden sind. Solche Fälle sind bei Kindern nicht beobachtet. Taenia solium, die durch den Genuss rohen finnigen Schweinefleisches entsteht, tritt ja auch bei Kindern ganz zurück zu Gunsten der Taenia mediocanellata. In keinem der 12 Fälle von Hirncysticerken von Kindern, die ich auffinden konnte (2 von Bouchut, Fleischmann, Lambl und Merkel, 1 von Wilks, Gelmo, v. Conta und von Roger) war eine Taenia nachweisbar, in Allen waren die Blasen nur im Hirn in ganz geringer Zahl vorhanden. Es waren also keine Fälle von Selbstinfection, weder der oben erwähnten Art, noch der durch den Genuss der im eigenen Kothe enthaltenen Eier (vergl. Leuckart).

Das Alter der Betroffenen steht zwischen 5 und 13 Jahren. Einmal begannen, wie auch bei einem Echinococcenfalle, die Erscheinungen nach einem Sturze. Dies wird verständlich, wenn man sieht, wie einer unserer Kindercysticerken von einem encephalitischen Heerde umgeben war, ein anderer Meningitis erregt hatte, ein dritter neben Basilarmeningitis vorkam. Eine ähnliche Rolle spielen Kopferschütterungen häufig in der Geschichte der Hirnkrankheiten, sie verursachen Complicationen, die den Anfang der Symptome, aber nicht den der Krankheit zur Folge haben. Diejenigen Erscheinungen, die bei Erwachsenen in manchen Fällen die Diagnose ermöglichen, sind bei Kindern noch nicht beobachtet. Man rechnet dahin vorausgegangenes Bandwurmleiden, Nachweis oberflächlich gelagerter Cysticerken anderer Organe, gehäufte epileptische Anfälle, daneben Zeichen einer fortlaufenden Hirnerkrankung, namentlich halbseitige Lähmungs- oder Reizungserscheinungen. Bei Kindern

scheint nur Kopfschmerz und Erbrechen constant zu sein. In einem Fall, in dem an der Oberfläche des hinteren Theiles der rechten Hemisphäre 2 Cysticerken sassen, bestand rechtsseitige Chorea, linkerseits Anästhesie. In allen bekannt gewordenen Fällen erfolgte der Tod, doch ist Absterben des Thieres und Schrumpfung der durch dasselbe gebildeten Cyste immerhin als möglich zu betrachten. Von einer curativen Behandlung kann bis jetzt noch nicht die Rede sein. In prophylaktischer Beziehung ist zu erinnern, dass die baldige Beseitigung der Taenia solium bei Denen, die daran leiden, und die grösste Reinlichkeit in der Küche und am eigenen Körper die sichersten Schutzmittel sowohl gegen diese, wie auch gegen die übrigen Formen der Cysticerkenerkrankung bilden. Finniges Fleisch sollte ähnlich wie trichinenhaltiges der Confiscation unterliegen.

XVIII. Hirnarterienaneurysmen.

Schmidt's Jahrb. CVI. p. 294.
Rauchfuss: St. Peterb. med. Wochenschrift 1878 nr. 7.
J. Killian: Beiträge zur Lehre von den macrosc. intracran. Aneurysmen Diss. inaug. Wirceb. 1879.

Die vereinzelten Beobachtungen über Hirnarterienaneurysmen bei Kindern gewinnen grösseres Interesse durch einige Einsicht in ihre Aetiologie, die man neuerdings erlangt hat. — Da für dieses Alter Atherom noch nicht in Betracht kommt, waren es zunächst nur Traumata die man als Ursachen der Aneurysmenbildung in Rechnung zu ziehen hatte. Nun ist durch J. W. Ogle, dann durch Ponfick eine besondere Art internen Trauma's bekannt geworden, die gerade für dieses Alter Aneurysmenbildung zu erklären geeignet ist: die aneurysmenbildende Wirkung der Embolie. Rauchfuss hat an einem klassischen Beispiele die Entstehung eines Hirnarterienaneurysma's durch die Einwirkung eines von der Mitralklappe herrührenden Embolus auf die Arterienwand gezeigt. Auch ein Fall von Church erklärt sich so.

Die wenigen beobachteten Fälle betreffen fast sämmtlich Knaben zwischen 12 und 15 Jahren. Sie vertheilen sich auf die Basilararterie, Carotis interna, vordere, mittlere und hintere Hirnarterie. In zwei Fällen trat der Tod durch Berstung des Aneurysma's und Intermeningealapoplexie ein. Die besser charakterisirten unter den Symptomengruppen einzelner Hirnarterien hervorzuheben, dürfte hier kaum der Ort sein. Man wird ein Hirnarterienaneurysma diagnostiziren können:

wenn die Symptome eines kleinen basilaren Tumors bestehen nach Endokarditis und Embolie, neben äusseren Aneurysmen, mit blasendem systolischem Geräusch am Schädel, wenn unter apoplectischen Erscheinungen und Convulsionen binnen einigen Stunden der tödtliche Ausgang eintritt. Für die Basilaraneurysmen, deren zwei bei Kindern beobachtet wurden, dürfte noch neben Respirations-, Gehörs- und Schluck-Störungen und carpopedalen Convulsionen das Griesinger'sche Symptom: bei langsamer Compression der Carotiden eintretende Bewusstlosigkeit zu beachten sein.

Die Möglichkeit chirurgischer Hülfeleistung durch Compression oder Unterbindung der Carotis liegt für einige dieser Aneurysmenformen nicht so ganz fern. —

XIX. Aphasie.

Trousseau: Medicinische Klinik des Hôtel-Dieu Bd. II. S. 612.
Weisse: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 43. S. 465.
Friedrich: ibid. Bd. 45.
Breganze: Gaz. med. italiana 16. Nov. 1872.
A. Clarus: Ueber Aphasie bei Kindern. Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F. VII. 369.

Das Sprachvermögen kann unentwickelt bleiben wegen Funktionsunfähigkeit des Gehörorganes. Für Kinder, die in Folge von Ohrenkrankheiten taub werden, ehe sie vollständig sprechen gelernt haben, liegt die schwere Gefahr vor, das Sprechen nicht zu erlernen oder das schon erlernte zu vergessen. Idioten lernen nicht sprechen, weil sie keine Gedanken auszudrücken haben. Die Aphasie im gewöhnlichen Sinne umfasst jene Fälle, in welchen die Fähigkeit zu hören und zu denken vorhanden ist und dennoch das Sprachvermögen unentwickelt bleibt oder häufiger vorhanden war und dann verloren geht. Sehr oft ist diese Störung die einzige im Körper oder es ist gleichzeitig die Fähigkeit zu schreiben (Agraphie), zu lesen (Alexie) oder nach anderer Arten Gedanken auszudrücken (Asymbolie) verloren gegangen, oder es entsteht gleichzeitig mit der Aphasie eine derartige Hemiplegie, wie man sie bei embolischer oder hämorrhagischer Zerstörung des Linsenkernes zu sehen gewohnt ist. Diese begleitende Lähmung betrifft mehr als 10male häufiger die Extremitäten und Gesichtsmuskeln der rechten Seite, rührt also von einem linksseitigen Erkrankungsheerde her. Dieses vorwiegende Vorkommen der Aphasie bei linksseitigen Gross-

hirnerkrankungen wird erklärt aus vorwiegender Ausbildung und gewohnheitsgemässem ausschliesslichem Gebrauch eines und zwar des linksseitigen der im Grosshirn symmetrisch vorhandenen Sprachorgane, analog mit dem vorwiegenden Gebrauche der rechten Hand. Zwei der sehr seltenen Fälle von Aphasie mit linksseitiger Hemiplegie betreffen Linkshändige, von den meisten übrigen ist über diesen Punkt Nichts bekannt. Da die Sprachlosigkeit bald derart ist, dass jedes Wort nachgesprochen aber keines spontan angewandt werden kann (amnestische), bald so dass auch das Nachsprechen sehr schwer hält und vielleicht einzelne Worte richtig gebraucht werden (ataktische Form), da ferner in der Vollständigkeit der Sprachstörung und in deren Verbindung mit Agraphie u. s. w. die verschiedensten Verhältnisse vorkommen, lässt sich auch erwarten, dass die anatomische Läsion keineswegs immer identisch sein werde. Bis jetzt weist fast die Hälfte der Fälle die von Broca angeschuldigte Zerstörung der 3. linken Stirnwindung, ein Theil aber auch der Insel oder weiter gegen den Streifenhügel zu gelegener Theile auf.

Im Kindesalter ist die Aphasie einmal in dem von Waldenburg beschriebenen höchst merkwürdigen Falle bei dem Kinde einer Aphasischen angeboren mit angeborener Agenesie der rechtsseitigen Extremitäten zusammen man möchte sagen ererbt beobachtet worden. In einigen Fällen handelt es sich um Tumoren z. B. Echinococcen, dann um embolische Erweichung bei Herzkranken oder hämorrhagische Zerstörung gewisser linksseitiger Hirnprovinzen, des Thalamus opticus von da bis zu den Frontalwindungen hin (Johnson), des Corpus striatum und Thalamus opticus (Lacambre), der Stammstrahlung und des Linsenkernes (Wrany und Neureutter). In diesen Fällen war rechtsseitige Hemiplegie mit vorhanden. Zwei Genesungsfälle, einer traumatischen Ursprunges von Schlesinger, einer bei einem Herzkranken (Eisenschitz), beide ohne körperliche Lähmung, nehmen sich ziemlich ähnlich aus. Einen eigenen Symptomencomplex bieten von Jugend auf schwachsinnige und epileptische Kinder mit rechtsseitiger Hemiplegie oder doch Extremitätenschwäche und angeborener Aphasie. Diese nicht spärliche Gruppe von Kranken ist besonders desshalb von Interesse, weil man oft bemerkenswerthe therapeutische Erfolge erlangt, wenn durch grosse Dosen Bromkalium die Epilepsie dauernd und wirksam bekämpft wird und gleichzeitig Gymnastik auf Kräftigung der gelähmten Glieder hinwirkt

und durch eingehende Beschäftigung mit dem Kinde Begriffe entwickelt und Worte hervorgelockt werden. Fast alle Aphasieen, die aus dem Kindesalter beschrieben werden, entstanden im Alter von 8—12 Jahren, fast alle (14 : 2) betreffen Knaben. Dies gilt auch von denjenigen die im Laufe acuter Infectionskrankheiten entstanden. Hauptsächlich durch Weisse in Petersburg wurde diese Form näher bekannt, nachdem schon 1814 von Klusemann der erste Fall beschrieben worden war. Acht Fälle, deren Beschreibung ich in der Literatur finde, beziehen sich auf Abdominaltyphoid, einige auf Scharlach (Eulenburg), einer auf Pocken (Breganze), einer auf Masern (Schepers), einer auf Pertussis (Finlayson). Die Aphasieen bei Typhoid traten in der 2.—3. Woche ein. Je einmal war sie von Schwäche beider Arme, von Schwerhörigkeit begleitet, durch Collaps eingeleitet, unter Ohrenfluss beendet. Auch in dem Falle von Scharlach mit Hydrops begann die Aphasie in der 4. Woche mit Convulsionen und Coma. Der letztere Fall war noch ungeheilt, als er beschrieben wurde, einer der Typhen starb, die Section ergab ein negatives Resultat, alle übrigen kamen in kurzer Zeit von selbst zur Heilung. Somit bewährt sich auch auf diesem Gebiete der Ausspruch Trousseau's, dass Aphasie ohne Lähmung eine bedeutend günstigere Prognose gebe als die hemiplegische Form. Diese dem Typhoid der Kinder vorzüglich zukommenden transitorischen Aphasieen lassen sich einigermassen in Parallele setzen mit der vorübergehenden Erblindung, die beim Scharlach öfter, hie und da auch beim Typhoid angetroffen wurde. Es lässt sich denken, dass sie zum Theil auf einer Zusammenwirkung von Hirnanämie und Gehörsstörung beruhen, wie beide das Typhoid mit sich bringt. Zum Theil sind sie aber auch durch materielle Hirnläsionen bedingt. Vor einigen Jahren lag auf meiner Klinik ein 11jähriges Mädchen, das nach Typhoid Aphasie und eine rechtsseitige Extremitätenlähmung bekam und nicht ganz wieder verlor.

Die Behandlung dürfte in den meisten Fällen eine tonisirende sein, während des Anfalles selbst eine excitirende und den Blutandrang vom Kopfe ableitende. Man wird in der ersten Zeit kalte Umschläge auf den Kopf machen, Senfteige auf die Extremitäten legen, später Eisen innerlich reichen. In dem letzterwähnten Falle schienen mir fleissige Schreibübungen mit der linken Hand wesentlich zur Besserung der Aphasie beizutragen. Vielleicht lässt sich so die Entwickelung des rechtsseitigen Sprachorganes indirekt

fördern. Schliesslich sei noch erwähnt, dass Daniel Gibson die Sprachlosigheit eines 11jährigen Mädchens durch Abtreibung zahlreicher Trichocephalen mittelst Calomel und Rheum zur Heilung brachte. Darnach wäre dieselbe eine Art von Reflexlähmung gewesen.

XX. Hemiplegia spastica infantilis.

M. Benedikt: Electrotherapie. Wien 1868. S. 210 u. 223.
E. Hitzig: Ueber die Auffassung einiger Anomalieen der Muskelinnervation. Arch. f. Prychiatr. B. III. S. 317.
G. Fischer: Hemiplegia spastica infantilis. Casuistische Mittheilung. D. Arch. f. klin. Med. XX. 426.

Bei kleinen Kindern, meistens zwischen 3 und 8 Jahren hat man nach einem acuten Exanthem, einer unbestimmten acuten Krankheit, nach vorausgegangenen epileptischen Anfällen oder plötzlich nach Art eines Schlaganfalles eine halbseitige Motilitätsstörung entstehen sehen, die sich durch mancherlei Eigenthümlichkeiten auszeichnet. Eine Lähmung des Facilarnerven und auch der Extremitäten der gleichen Seiten waren hie und da im Beginne vorhanden, anderemale nicht. Bei verschiedenen Veranlassungen treten Muskelspannungen auf, die bald die eine bald die andere Muskelgruppe befallen, im Schlafe gänzlich aufhören, bei Aufregung oder energischem Willenseinfluss sich steigern. Der Willenseinfluss hat oft perverse Wirkungen, er kann die verkehrte Stellung des Gliedes steigern, eine andere als die beabsichtigte Muskelgruppe in Thätigkeit versetzen, choreaartige Mitbewegungen können auftreten. Unachtsamkeit und Gedankenlosigkeit heben den Krampf auf. Der Kranke Fischer's der das 34. Jahr erreicht hatte, beobachtete, dass Alkoholgenuss und Subcutaninjection von Morphium den Krampf auf einige Zeit lösten. Bald ist nur eine bald sind beide Extremitäten einer Seite betroffen. Ein Kranker von Benedikt hielt in der Ruhe den Fuss normal, nach einigen Schritten erst stellte sich bald Klumpfuss- bald Spitzfuss-Stellung ein. Das Uebel bestand in allen Fällen mehrere Jahre, in dem Fischer's selbst 30 Jahre.

Ein sicherer anatomischer Befund, auf den man eine Entwickelungsgeschichte dieses Leidens bauen könnte, mangelt noch. In einigen Fällen scheint es sich um Hämorrhagie oder Embolie gehandelt zu haben, in anderen wurden Tuberkeln vermuthet.

Hitzig empfiehlt zur Behandlung ausser der Anwendung der

Electricität gymnastische Uebungen. Zuerst im Liegen passive, dann active Bewegungen, dann im Sitzen, dann im Stehen solche Uebungen. So könne, mitunter erst nach jahrelanger Behandlung Heilung erzielt werden.

b. Rückenmarkskrankheiten.

I. Spina bifida.

Hydromeningocele, Hydromyelocele, Hydrorrhachis.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste I. p. 176 und 184.
A. Förster: Die angeborenen Missbildungen pag. 84.
Journal f. Kinderkrankheiten Bd. XLI. p. 100, 295, 312, 314, 418. XXXV, 61. XXXVI, 301. XXXVII, 270. XXXVIII, 147. XLVII, 427.
H. Ranke: Zur Aetiologie der Spina bifida und lumbosacralis. J. f. K. XII. 116.

Die angeborene wassersüchtige Ausdehnung sowohl des Centralkanales als auch des Subarachnoidealraumes kommt in geringen Graden ohne äussere Formveränderungen vor; erstere bewirkt in ihren höchsten Graden Amyelie, Offenstehen des ganzen Wirbelkanales nach Hinten und andere Lebensunfähigkeit bedingende Missbildungen. Dazwischen liegen die gewöhlichen Fälle, in welchen sich ein wassergefüllter Sack durch einige wenige offenbleibende Wirbelbogen hindurch vorwölbt, um am Rücken eine Geschwulst zu bilden. Gewöhnlich liegt dieselbe in der Mittellinie der Lenden- oder Kreuzgegend, kann aber an jeder Stelle der Wirbelsäule und auch seitlich hervortreten. Sie besitzt zu Anfang die Grösse eines Apfels bis Kindskopfes, kann durch fortgesetztes Wachsen die eines Manneskopfes überschreiten. Sie wird ausser von den äusseren Weichtheilen bedeckt von der Arachnoidea und Dura spinalis. Der flüssige Inhalt führt nur 1—2% feste Bestandtheile, darunter etwas Eiweiss und Salze des Serums. Das Rückenmark kann völlig unversehrt oder mässig druckatrophisch sein (Hydromeningocele spinalis), oder es fehlt eine Strecke weit, zeigt einen Spalt bis zum Centralkanal, oder es tritt in den Sack ein (Hydromyelocele). In diesem Falle geht es mit winkeliger Biegung durch denselben, oder endet frei oder an dessen Wand sich inserirend. Diese Insertionsstelle kann äusserlich als Einziehung sichtbar sein (Virchow); innen gehen von ihr aus eine Anzahl von Nervenstämmen, die die begrenzende Dura durchsetzen. Noch mehrfache Missbildungen können zugleich vorhanden sein, namentlich Hydrocephalie und

Klumpfuss. In einem Theil der Fälle finden sich Unebenheiten an der Oberfläche der Geschwulst, die ihre Entstehung durch Verwachsung des Rückenmarkes und seiner Häute mit der äusseren Haut andeuten (C r u v e i l h i e r, R a n k e). Die Geschwulst kann schon im Uterus bersten, schrumpfen und nur eine in den Subarachnoidealraum führende Oeffnung zurücklassen, oder einfach zu einem zapfenförmigen Fortsatze schrumpfen. Bisweilen findet sie sich mehrkammerig oder selbst mit Cystosarkombildung complicirt. Die Krankheit findet sich erblich oder doch manchmal bei mehreren Kindern einer Mutter, oder neben Missbildung anderer Geschwister vor. Man hat schon geglaubt, sie auf körperliche oder gemüthliche Erschütterung während der Schwangerschaft zurückführen zu können. Sie gehört zu den häufigeren Missbildungen, nach P i c k f o r d kommt sie bei Mädchen etwas mehr als bei Knaben vor.

Die Haupterscheinung ist die fluctuirende, manchmal selbst bei Kerzenlicht durchscheinende Geschwulst, die der Wirbelsäule kaum beweglich aufsitzt, bei etwas eingeschnürter Basis und nicht zu praller Füllung die Zacken der unvollständig gebildeten Wirbelbogen fühlen lässt. Starker Druck auf die Geschwulst ruft eine Reihe von Hirn- und Rückenmarkssymptomen hervor: Ohnmacht, Erbrechen, Krämpfe und Schmerzen in den unteren Extremitäten u. s. w. Gegen leichten Druck ist Hydromyelocele empfindlicher als Hydromeningocele. Beim Stehen, Pressen, Husten nimmt der Umfang zu, beim Liegen, ruhig Athmen, Einathmen ab. Einige Male sah man bald nach Kunstheilung der Sacralgeschwulst den Schädel rasch hydrocephalisch werden. Als Folgen der Betheiligung des Rückenmarks sind Lähmung, Anästhesie, Atrophie der untern Extremitäten, Verkrümmung derselben in Form des Klumpfusses und unwillkührlicher Urinabgang zu betrachten.

Oft wird die Geschwulst zum Geburtshinderniss, sie kann während des Geburtsactes bersten oder so gedrückt werden, dass sie sich entzündet oder in den nächsten Tagen aufbricht. Die spontane Eröffnung des Sackes, auch manchmal die künstliche, führt zur brandigen Zerstörung desselben, zur eitrigen Meningitis spinalis, selbst auch cerebralis, und zum Tode. Wohl haben schon solche Kranke das 50. Jahr erreicht, doch ist die Aussicht auf mehrjähriges Leben um so geringer, je länger die Spalte der Wirbelsäule, je höher oben sie liegt, je mehr das Rückenmark verletzt ist und je mehr andere Bildungsfehler zugleich vorhanden sind. Spontane Heilungen sind sehr selten; sie geschehen durch Berstung, brandiges

Absterben eines Theiles des Sackes, oder durch spontanen Abschluss der engen Oeffnung, die in den Spinalkanal führt und darnach folgende Schrumpfung des Sackes.

Kunstheilung wurde versucht durch Excision oder Unterbindung des Stieles, wo ein solcher sich fand; Gigon erzählt von einer Heilung durch Ecrasement desselben, durch die Punction mit Nadeln und Troicart, durch die öftere unvollständige Punctionsentleerung, durch Jodinjection oder Collodium-Compression. Die Jodinjection, von Braymard empfohlen, hatte nach Debout unter 13 Fällen 10mal günstigen Erfolg. Man darf nur wenig Jodlösung vermischt mit etwas der entleerten Flüssigkeit, einspritzen. Einen Heilungsfall durch Collodiumbepinselung erreichte Behrend. Bei allem Vorgehen muss man sicher sein, das Rückenmark ausserhalb des Sackes zu wissen.

II. Meningitis spinalis.

Billard: Traité des maladies des enfants. Ed. II. Par. 1833. p. 629.
H. Köhler: Monographie der Meningitis spinalis nach klinischen Beobachtungen. Leipz. u. Heidelb. 1861.
id.: Fälle von Opistothonus, abhängig von Rückenmarkserkrankung hydrocephalisch verstorbener Kinder. Journ. f. Kinderkr. XXXII. 409.

Die acuten Entzündungsformen der Rückenmarkshäute: Pachy- und Leptomeningitis, simplex und tuberculosa kommen überwiegend dem Kindesalter zu, die chronischen Spinalmeningiten mehr den Erwachsenen. Pachymeningitis findet sich nach Einwirkung starker Traumen, bei Wirbelverletzungen und Wirbelcaries, also zumeist direct von Wirbelerkrankungen her fortgeleitet. Sie bedingt geringe hyperämische Gefässentwickelung, stellenweise hämorrhagische Fleckung der Dura-Oberfläche; erst mit reichlicherer Gewebswucherung entstehen gefässreiche röthliche Belege, die bald von faserstoffig-eitrigen überdeckt werden. Ziemlich selten finden sich zwischen letztere eingestreut oder auf der wenig veränderten hyperämischen Dura Tuberkelknötchen auf eine grössere oder geringere Strecke hin vor.

Die acute Leptomeningitis bewirkt lebhafte Röthe, Schwellung und trübserösen oder eitrigen Belag der Pia mater, greift serös durchtränkend und erweichend auf die obersten Schichten des Markes und, der Continuität der Membran folgend, auf die abgehenden Nervenwurzeln über. Die Exsudation häuft sich an der hinteren Seite des Markes und in der Dorsalgegend am Meisten an. Die

tuberculöse Leptomeningitis betrifft, weil am Meisten von der Pia cerebri her fortgeleitet, den Cervicaltheil vorwiegend. Wo sie sich an Rückenmarkstuberkeln oder an verkäsende Wirbelentzündung anschliesst, ist sie in der Nähe dieser Krankheitsheerde am Stärksten entwickelt. — Der einfachen eitrigen Leptomeningitis spinalis liegen häufig Erkrankungen benachbarter Organe zu Grunde, Wirbelentzündung, Myelitis, Meningitis cerebralis. Hie und da findet sie sich primär durch Erkältung oder Traumata bedingt. Ausserdem geht sie hervor aus septischer Infection, schliesst sich an schwere Formen acuter Exantheme an, hie und da auch an Pneumonie, Phlegmone, eitrige Entzündung seröser Häute, auch an syphilitische Erkrankungen. Billard hat sie besonders oft bei Neugeborenen beobachtet. Unter 30 Todesfällen durch Convulsionen fand er 20mal Zeichen von Entzündung an den Rückenmarkshäuten, nur 6mal gleichzeitig an den Hirnhäuten. So häufig haben sie Andere nicht getroffen.

Spinalmeningiten treten so selten uncomplicirt, namentlich ohne gleichzeitige Cerebralmeningitis auf, dass man sich gewöhnt hat, einen Theil ihrer Symptome als durch diese gedeckt zu betrachten und nur die unterscheidenden Merkmale hervorzuheben. Die Vorläufer sind unbestimmt, mehr von den Grundkrankheiten als der Spinalmeningitis abhängig. Die begleitenden Fiebererscheinungen können nieder oder hoch, continuirlich, re- oder intermittirend sein. Der Puls ist, wo es sich nur um diese Krankheit handelt, regelmässig, mässig beschleunigt, hart und ziemlich voll. Heftiger, ziehender Rückenschmerz tritt schon von Anfang an hervor und steigert sich bei Druck auf die Wirbel oder Drehung oder Beugung des Rückens. Sodann stellen sich heftige motorische und sensible Reizungserscheinungen in der unteren Körperhälfte, später auch im ganzen Rumpf und den oberen Extremitäten ein. Die Rückenschmerzen strahlen nach dem Kreuz und den Oberschenkeln aus und verbreiten sich in dem ganzen Unterkörper derart, dass jede Bewegung oder Berührung in der schmerzhaftesten Weise empfunden wird. Zugleich werden die Rückenmuskeln starr gespannt, so dass sie als harte Stränge vorspringen, der Rücken wird hohl, der Nacken rückwärts gebeugt. Letzteres Symptom kommt freilich auch bei blos cerebraler Meningitis, selbst bei blossem Hydrocephalus acutus vor. Die gleiche krampfhafte Muskelstarre stellt sich an den unteren Extremitäten ein und versetzt sie in starre Streckung mit ausgespreizten Zehen. Reizung der Nervenwurzeln und der mit ihnen

zunächst zusammenhängenden Fasern ist der Grund dieser Erscheinungen, ebenso wie bei längerer Dauer eitriger Spinalmeningitis auch durch Druck und seröse Durchtränkung dieser Theile complete, motorische und sensible Lähmung mit Anidrosis und Temperaturerhöhung der unteren Körperhälfte bewirkt werden kann. Zeitweise theils spontan, theils auf geringe sensible Reizung eintretende convulsivische Stösse in den rigiden Theilen erhöhen die Aehnlichkeit dieses Zustandes mit Tetanus, mit dem in der That schon Verwechselungen stattfanden.

Der Ausgang ist in den sicher diagnosticirbaren Fällen fast regelmässig ein ungünstiger, doch wird es durch die klinische Beobachtung wahrscheinlich und durch einzelne Sectionsbefunde erwiesen, dass manche acut entstandene Kinderparaplegien auf Residuen abgelaufener, partieller Myelomeningiten beruhen. Die auf Wirbelkrankheiten, Myelitis, Tuberculose, Meningitis cerebralis beruhenden Fälle geben freilich immer eine schlechte Prognose, eher dürfen jene, die im Verlaufe acuter innerer Krankheiten, der Syphilis, nach Traumen auftreten, als heilbar betrachtet werden. Die tuberculöse Form gibt, wo sie aus scrophulöser oder tuberculöser Erkrankung anderer Organe vermuthet werden kann, jederzeit ungünstige Aussichten.

Die Behandlung kann bei vollsaftigen, nicht zu kleinen Kindern passender Weise mit einer örtlichen Blutentziehung längs der Wirbelsäule eröffnet werden. Bei Schwächlichen von Vorne herein, sonst nach der Blutentziehung sind sofort und andauernd kalte Umschläge oder Unterlagen längs der Wirbelsäule anzubringen; namentlich eisgefüllte Därme sind dazu zu empfehlen. Schmerz und Muskelstarre erfordern die innere oder subcutane Anwendung narkotischer Mittel, des Morphiums oder Atropins, oder beider zusammen. Wo die Muskelstarre sich auf den Athmungsapparat ausdehnt, verdient Curarelösung subcutan angewandt zu werden. Wegen der bei Obstipation statthabenden Steigerung der Hyperämie im Spinalkanale müssen zeitweise Abführmittel gegeben werden, für Anhänger der antiphlogistischen Mercurialwirkungen ergibt sich dabei die Gelegenheit zum Kalomelgebrauche. Zurückbleibende Lähmungen sind mit warmen Bädern, Tonicis und vorsichtiger Anwendung der Elektricität zu behandeln.

III. Myelitis.

Rilliet et Barthez I. p. 171.

Schlesier: Myelitis infantum. Pr. Vereinszeitung 1811. Nr. 36. Schmidt's Jahrb. Suppl. V. p. 150.

W. A. Hammond: Zwei Fälle von Myelitis bei Säuglingen. Med. chir. Rundschau 1869. p. 230 aus The Amer. Journ. of obstetr. Diss. of woman and children 1868. Nov.

Seeligmüller: Sclerose der Seitenstränge des Rückenmarkes bei 4 Kindern ders. Familie. D. med. Wochenschr. 1876. 16 u. 17.

Die Rückenmarksentzündung tritt in Form rother bis weisser Erweichungsheerde, nach manchen Angaben vorzüglich an den Hintersträngen (Rilliet und Barthez), nach anderen an der grauen Substanz auf. Je nach den Ursachen erstreckt sich der meist wenig in die Länge ausgedehnte Heerd quer durch (M. transversa), beschränkt sich auf die graue Substanz (M. centralis) oder betrifft in verschiedenem Umfange graue und weisse Substanz. Die rothe oder gelbe Erweichung kann bestehen bleiben oder in Cystenbildung oder Sclerose enden. Cervical- und obere Dorsalgegend scheinen mit Vorliebe befallen zu werden. Indess sind die brauchbaren Beobachtungen aus dem Kindesalter noch zu spärlich, um solche Fragen zu entscheiden. Kein Geschlecht und Lebensjahr schien besonders stark ausgesetzt zu sein. —

Die acute Form beginnt mit Rückenschmerz und Fiebererscheinungen, namentlich constant gesteigerter Pulsfrequenz; auch Temperaturerhöhung wird erwähnt. Der Spinalschmerz ist nicht heftig und beschränkt sich, wo er vorkommt, annähernd auf die Höhe der Erkrankungsstelle. Gürtelschmerz und Schmerzen oder Hyperästhesie unterhalb werden bei älteren Kindern hie und da angegeben. Men. führt manchmal zu Krampfbewegungen, deren Anfangs seltene klonische, späterhin häufige zum Tetanus zusammenrückende Anfälle zwar in manchen Fällen die Höhe des Erweichungsheerdes zur natürlichen Grenze ihrer Verbreitung in den Muskeln haben, aber doch auch andere Male bis auf die Nacken-, Gesichts- und Augenmuskeln sich ausdehnen. Ebenso überraschend ist es, in anatomisch constatirten Fällen von baldigem vollständigem Verluste des Bewusstseins zu hören. Schlesier erwähnt einen charakteristischen, nach oben gerichteten Blick seiner Kranken. Der nicht selten auffallend remittirende Verlauf führt nach einigen Tagen oder

Wochen zu Erschlaffung und Lähmung der zuvor contrahirten Muskeln und zum Tode durch acuten Decubitus, Athmungsstörung oder nervöse Erschöpfung. — Die chronischen Fälle führen bald durch ein acutes Anfangsstadium mit Convulsionen zur Lähmung der unteren Extremitäten, der Blase, eines verschieden hohen Abschnittes des Rumpfes, der oberen Extremitäten u. s. w. Bald auch beginnen sie chronisch mit leichten Sensibilitäts- und langsam zunehmenden Lähmungs- oder amyotrophischen Störungen. Bei das Mark nicht ganz quer durch und auch lange nicht in ganzer Längenausdehnung zerstörenden Erweichungen zeigt sich gewöhnlich einige Contractur neben der Lähmung, gut erhaltene elektrische Erregbarkeit, mässige Muskelabmagerung, die Sensibilität sehr abgestumpft, aber nicht und namentlich nicht in allen ihren Qualitäten (Tast-, Druck-, Schmerz-, Wärme- und absolute Sensibilität) erloschen. Das bekannteste Verhalten besteht in Verminderung der Tast- und Wärmeempfindung und gesteigerter Reflexerregbarkeit (Erhaltung der grauen Substanz unterhalb, Verminderung des reflexhemmenden Hirneinflusses) *).

Im Beginne ist die Anwendung der Kälte, unter Umständen auch örtlicher Blutentziehung angezeigt, dann bei acuten Fällen der Krämpfe halber narkotische Mittel (Opiumtinctur Atropin, Curare). Auch bei der chronischen Verlaufsweise erfordern oft die Contractur und gesteigerte Reflexerregbarkeit einige Morphium- oder Curareeinspritzungen zwischendurch. Für Heilung solcher Lähmungen ist nur geringe Aussicht. Der constante Strom hat dabei mehr Chancen als der unterbrochene.

IV. Paralysis infantilis spinalis.

Poliomyelitis acuta auterior infantum, Tephromyelitis ac. inf. (Essentielle Kinderlähmung)

J. v. Heine: Beobachtungen über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung. Stuttg. 1840. II. Aufl. Stuttg. 1860.

C. Heine: On infantile paralysis. Med. Times and gazette 1863. p. 536 und 583.

---

*) Eine Anzahl von chronischen Myelitis-Formen, die vorwiegend Sclerosirung, graue Degeneration der R.M.-Substanz bewirken, werden in besonderen Abschnitten (multiple Sclerose, spinale Kinderlähmung) ausführlicher besprochen werden. Andere chronische Myeliten sind im Kindesalter so spärlich vertreten, dass sie kaum eine ausführlichere Abhandlung erfordern, so die graue Degeneration der Hinter-, der Seitenstränge, die Bulbärkernparalyse.

W. Vogt: Die essentielle Lähmung der Kinder. Schw. Mon.-Schrift 1857. Schmidt's Jahrb. C. 211.

Benedict: Elektrotherapie. Wien 1868. p. 379.

G. Salomon: Ueber Diagnose und Therapie einiger Lähmungsformen im kindlichen Alter. Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. I. p. 370.

A. Brünniche: Ueber die sogenannte essentielle Lähmung bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten XXXVI. p. 366.

Duchenne Sohn: Paralysie atrophique de l'enfance. Arch. gen. 1864. Schmidt's Jahrb. CXXVI. 53.

R. Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge I. Ueber Kinderlähmung und paralytische Contracturen. Leipz., Breitkopf u. Härtel 1870.

R. Barwell: Clinical lectures on infantile paralysis and its resulting Deformities. The lancet 1872. Febr. 24 u. f.

O. Sinkler: on the palsies of children. Am. Journ. of med. science Apr. 75.

Dr. Mary Putnam Jacobi: The amer. journ. of obstetrics. Mai 74.

Diese Lähmungsform, zuvor schon von Underwood und Badham in einzelnen Fällen beschrieben, wurde zuerst 1840 von J. von Heine als eigenartige Krankheit erkannt und monographisch bearbeitet. Seinem Wunsche, dass eine einheitliche anatomische Grundlage für das von ihm gekennzeichnete Symptomenbild aufgefunden werden möchte, schienen die ersten weit auseinandergehenden Befunde von Hutin, Behrend, v. Recklinghausen u. A. nicht zu entsprechen. Erst Vulpian und Prevost, dann Charcot und seine Schule erwiesen Pigmentdegeneration und Atrophie der Ganglienzellen der Vorderhörner des Markes als übereinstimmend epatholog. anat. Veränderung. Dieser schöne Fund hat inzwischen mehrere Bestätigungen erhalten, so durch M. Roth, F. Schulze u. A.

Während die Erkrankung anfangs nur im Kindesalter vorzukommen schien, wurden später durch Duchenne u. A. analoge Formen bei Erwachsenen gefunden.

Spinale Kinderlähmung ist offenbar eine sehr häufig vorkommende Krankheit. Ein einziger Beobachter Seeligmüller konnte 75 eigene Fälle zusammenstellen. In der Kinderabtheilung des hiesigen Juliushospitals fanden sich unter 488 kranken Kindern 13 Fälle dieser Krankheit, die sich nahezu gleichmässig auf beide Geschlechter vertheilen. In grösseren Statistiken überwiegt das männliche Geschlecht schon etwas im Kindesalter, noch mehr bei der gleichartigen Erkrankung Erwachsener. Am meisten betroffen zeigt sich das Alter von $^1/_2$—3 Jahren. Auf die ersten drei Lebensjahre fallen nach den Angaben von Seeligmüller und Sinkler $^6/_7$ aller Fälle. Die grösste Häufigkeit der Krankheit fällt genau

in den Zeitraum der ersten Dentition. Ob dies zeitliche Zusammentreffen innerem Zusammenhange des physiologischen und des pathologischen Vorganges entspricht wird noch zu erweisen sein. Mag dieser Zusammenhang ein naher sein, nothwendig ist er sicher nicht, da derartige Paralysen nicht nur in jedem Zeitraume des Kindesalters vom 12. Tage an, sondern auch bei Erwachsenen selbst bis ins Greisenalter beobachtet worden sind. Nach v. Heine, dessen Erfahrungen über diese Krankheit immerhin die zahlreichsten waren, werden vorwiegend zuvor ganz gesunde Kinder betroffen. Bisweilen entsteht die Lähmung während oder nach einer acuten, namentlich acut-exanthematischen Erkrankung, oder sie geht aus einem eclamptischen Anfalle hervor. Meistens jedoch tritt sie primär auf. Nach Bouchut sollen die Erkrankungen meist durch Erkältungen veranlasst werden. Wer daran glaubt, wird selten über Mangel befriedigender Aetiologie zu klagen haben. Doch findet man weder in Familien, die ihre Kinder grundsätzlich leicht kleiden und bei jedem Wetter hinausschicken, noch in solchen, die sie durch Ueberhitzung und Verwöhnung zu Erkältungen geneigt machen, besonders oft solche Paralysen vor. Traumata, wie Fall oder Stoss auf den Rücken, gingen auch in einzelnen meiner Beobachtungen kurz voraus und dürften nicht bedeutungslos gewesen sein. Doch dürfte auch dabei von Bedeutung sein, ob es sich um Kinder mit hereditärer Anlage zu Erkrankungen des Nervensystem's handelt. Man findet so oft bei den Verwandten solcher Kranken chronische Nervenleiden, dass der Einfluss hereditärer Belastung gewiss nicht für bedeutungslos gelten kann. Das hie und da notirte Vorkommen bei mehreren Geschwistern ist wohl auch von diesem Gesichtspunkte aus zu erklären. Mir sind verhältnissmässig viele Fälle bei Israeliten vorgekommen, was vielleicht auch mit diesem Gesichtspunkte zusammenhängt. Nach Sinkler fällt der Krankheitseintritt häufiger in den Sommer. —

Der Beginn der Erkrankung kann durch ein erstes fieberhaftes oder zugleich convulsivisches Stadium gekennzeichnet sein, oder unmerklich erfolgen. Wo dieses Initialstadium ausgesprochen ist, zeigen die Kinder die gewöhnlichen Erscheinungen einer mässig heftigen fieberhaften Erkrankung, wobei Schlummersucht und leicht betäubtes Wesen öfter vorkommen, nur in einem geringen Bruchtheile der Fälle auch allgemeine oder örtliche Krämpfe. Seeligmüller hörte einigemale schon zuvor Gehmüdigkeit klagen, mir wurde einigemale über auffallend häufigen Drang zum Urin-

lassen vor der eigentlichen Krankheit berichtet. Temperaturmessungen liegen aus diesem ersten Stadium nur ganz vereinzelt vor. Ehrenhaus (bei Seeligmüller) hat einmal bis 39,5 gemessen, in einem Frankfurter Falle, denn ich sah, stieg die Körperwärme nur auf 38,8. — Weder der Fieberverlauf, noch irgend ein anderes Symptom dieses ersten Stadium's lässt bis jetzt bezeichnende Merkmale erkennen.

Erst an ihren Folgen, der Lähmung und Atrophie, wird diese fieberhafte Myelitis kenntlich. Mit einem Male liegt die ganze Lähmung vor, mag sie nun einzelne Muskeln, eine, mehrere, alle Extremitäten oder selbst noch einen Theil der Rumpfmuskeln betreffen. Die ganze Lähmung kann in den nächsten Tagen wieder rückgängig werden (Kennedy's transitorische Lähmungen) oder dauernd bestehen bleiben. Gewöhnlich gewinnt ein Theil der anfänglich gelähmten Glieder wieder Bewegung, der grössere Theil bleibt gelähmt. Die Lähmung ist in zwei Dritteln der Fälle eine Monoplegie, meist einer unteren Extremität, ausserdem kommen auch Hemiplegieen, Paraplegien, gekreuzte Extremitätenlähmungen vor. Die einzelnen Muskeln der gelähmten Extremität zeigen ungleiches Maass der Störung, am Bein sind oft die Unterschenkel- am Arm oft die Schulter- und Oberarm-Muskeln am stärksten betroffen. Nach 8—10 Tagen bereits erlischt die faradische Contractilität in jenen Muskeln, die definitiver Lähmung anheimfallen, gänzlich. Was an Muskeln nach längstens ½ Jahre die Bewegungsfähigkeit nicht wiedererlangt hat, bleibt gelähmt. Von Salomon wurde zuerst Erhaltensein galvanischer Erregbarkeit an Muskeln beobachtet, die ihre faradische Erregbarkeit eingebüsst hatten. Nach Erb steigt während die faradische erlischt die galvanische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln an, so dass weit schwächere Ströme als normal bereits Zuckung erregen und zwar in der der Entartungsreaction zukommenden Weise. Die Anodenschliessungszuckung wird gleich oder stärker wie die Kathodenschliessungszuckung, zugleich sind die Zuckungen träge, tonisch, langgezogen. Erst nach 2—3 Monaten wird auch die galvanische Erregbarkeit der Muskeln schwächer um nach Jahr und Tag ganz oder bis auf Spuren zu erlöschen. Die gelähmten Muskeln atrophiren schnell und hochgradig, sie gerathen in einen Zustand reichlicher Bindegewebsentwickelung zwischen den Primitivbündeln, körniger oder fettiger Entartung oder einfacher Atrophie der Bündel selbst. Auch die Knochen bleiben im Wachsthum zurück, so

dass eine ganze Extremität nicht nur enorm abmagert, sondern auch Verkürzung erleidet. Die Arterien erscheinen enger an einem solchen atrophischen Gliede, die Haut ist blau und marmorkalt. Dagegen erhält sich die Sensibilität der Haut und die Funktion der Geschlechts- und Harnorgane (ausser im Beginne) unverändert.

An den Gelenken treten in Folge der Knochenatrophie und der ungenügenden Muskelunterstützung Zustände übergrosser Beweglichkeit ein, die die Entwickelung von Missstaltungen begünstigen. Vollends werden solche durch die Schwere der Theile und durch Muskelcontracturen herbeigeführt. Der gelähmte Arm, der Nichts mehr zu tragen hat, wird wenig missstaltet. Nur leichte Beugestellung der Finger und der Hand tritt ein analog der gewohnten Ruhestellung. Im Ellbogengelenke leidet nur die Supination, im Schultergelenke findet Senkung des Humeruskopfes nach dem unteren Rande der Gelenkfläche statt. Der Fuss wird am häufigsten zum Pes equinovarus, je nach Umfang und Zeitpunkt des Eintrittes der Lähmung kann auch Platt- oder Hackenfuss sich ausbilden. Am Knie tritt um so mehr Recurvation ein, je mehr auf dem Fusse gegangen wird. Viele Kranke, die wegen des Grades der Lähmung noch ganz wohl gehen könnten, sind wegen der secundären Difformitäten kaum im Stande sich fortzuschleppen.

Die Prognose ist günstig, soweit sie die Erhaltung des Lebens betrifft. Freilich würden im ersten, acuten Stadium eintretende Todesfälle nur bei einer äusserst sorgfältigen microscopischen Durchforschung des Rückenmarkes als das, was sie bedeuten, vielleicht erkennbar werden. In dem chronischen paralytischen Stadium ist die Krankheit ungefährlich. Weder Decubitus noch Krankheiten der Harnwege sind zu fürchten. Ja solche krüppelhafte Personen zeigen sogar eine bedeutende Resistenz gegen acute z. B. Infectionskrankheiten. Hatte doch J. v. Heine über hundert Fälle monatelang in seiner Anstalt verpflegt und musste doch in viele Zeitschriften Aufrufe setzen, um einige Sectionsbefunde aufzutreiben! Die Aussichten auf Heilung der Lähmung sind ungünstig, dagegen in Betreff der Verhütung oder Beseitigung der Gliederverkrümmung günstig.

Die anatomische Untersuchung zeigte, seit man weiss worum es sich handelt, fast in jedem Falle bestimmte Veränderungen an den Vorderhörnern in der Parthie und der Ausdehnung des Markes, die den motorischen Fasern für die gelähmten Theile zum Ursprunge dient. Die Atrophie, körnige oder Pigment-Entartung der Ganglien-

zellen ist der constanteste Befund. In älteren Fällen, die viele Jahre nach Eintritt der Lähmung secirt wurden, zeigte sich das Mark entsprechenden Ortes abgeflacht, verschmächtigt, Vorderstrang und Vorderhorn eingesunken, nebst den zugehörigen vorderen Wurzeln atrophisch. Dieser Befund steht gut im Einklange mit jenem bei anderen amyotrophischen Lähmungsformen (z. B. progressiver Muskelatrophie). Immer sind es die Erkrankungen dieser grossen Ganglienzellen der Vorderhörner die atrophische Lähmungsformen bedingen. Bei der spinalen Kinderlähmung ist es ein acuter poliomyelitischer Prozess, der das Leiden verursacht.

Die Diagnose kann schwierig sein gegenüber den Lähmungen, die durch acute Krankheiten, Typhen, durch Diphtheritis u. s. w. verursacht werden. Doch ist die Entstehung dieser Formen eine langsamere, sie haben wenigstens eine Zeit lang expansiven Charakter und sie bilden sich weit rascher und vollständiger zurück. Andere Myelitisformen (transversa, centralis), Hämorrhagie und Tumor des Markes dürften selten so vollständige und rein motorische Störungen bedingen, wie sie der Kinderlähmung eigen sind. Für Tumoren wäre auch noch der progressive Gang der Erscheinungen bezeichnend.

Die Behandlung des ersten myelitischen Stadium's der Krankheit würde eine kühlend antiphlogistische sein sollen. Kälte auf den Rücken, Abführmittel, salinische kühlende Mixturen würden am Platze sein. Bei eklamptischen Anfällen wird man narkotische Mittel: Chloroform, Chloralhydrat, Opium oder Nervina: Zink, Moschus, Bromkalium anwenden. Auch Secale cornutum und seine Präparate sind gegen die anfängliche Myelitis empfohlen worden. Indess sind dies Alles mehr theoretische Indikationen, solange die Diagnostik des ersten Stadium's sich noch in den ersten Anfängen befindet.

Die bleibende Lähmung erfordert reichliche Ernährung, tonisirende Behandlung, baldigen durch orthopädische Hülfsmittel erleichterten Gebrauch der gelähmten Theile. Knetungen, warme Bäder, Sandbäder können von Vortheil sein. Inductionselectricität erweist sich wenig wirksam; betreffs der Batterieströme lässt sich nicht das Gleiche behaupten; Benedict, Baerwinkel, Barwell u. A. haben von deren consequenter Anwendung besonders in Form des Rückenmarksnervenstromes so manchen Erfolg verzeichnet. Auch mir schien durch monatelange Behandlung einige Besserung der Ernährung, des Wachsthumes, des Blutzuflusses und

der Gebrauchsfähigkeit erzielt zu werden. Galvanismus hat besonders frühzeitig angewandt guten Erfolg. Für die spätere Zeit werden Injectionen von Strychnin (bis zu 0,002 pr. Dosi) in das Parenchym der gelähmten Muskeln empfohlen. Ich habe wenigstens bei verwandten Krankheiten Erwachsener guten Erfolg von dieser parenchymatösen Strychnininjection gesehen. Von der grössten Wichtigkeit muss es sein, durch geeignete Lagerung, Stützung des Ganges und durch geeignete, den Ausfall an Muskelhülfe ersetzende, orthopädische Vorrichtungen den secundären Missstaltungen vorzubeugen. In dieser Beziehung mag es genügen, auf den trefflichen klinischen Vortrag Volkmann's zu verweisen.

V. Hämorrhagia meningealis spinalis.

F. Weber: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1851. I. p. 64 u. 70.
J. Schütz: Ueber Convulsionen der Neugeborenen. Prag. Vierteljahrsschr. III. 22.
Friedleben: Ueber Apoplexieen der Nervencentren bei Neugeborenen. Arch. f. phys. Heilk. XIV. 1855.
Ollivier: Ueber das Rückenmark und seine Krankheiten, übersetzt von Radius. Leipz. 1824. p. 240.
E. Levier: Beiträge zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Bern 1864.
C. E. Hasse: Krankheiten des Nervensystems. Ed. II. p. 664.

Die Meningealhämorrhagie kommt in den ersten beiden Wochen nach der Geburt am Häufigsten vor und hat zu dieser Zeit ihren Sitz an der Aussenfläche der Dura, hauptsächlich in dem lockeren, fetthaltigen Bindegewebe zwischen dieser und den Wirbeln sich verbreitend. Hier sind zweierlei Arten des Vorkommens zu unterscheiden. Nach schweren Entbindungen, die Ursache zu starker Biegung oder Zerrung der Wirbelsäule gegeben hatten, kommt, begünstigt durch unvollständige Respiration, die Blutung alsbald zu Stande und bewirkt starke convulsivische Anfälle (Fälle von Schütz), oder plötzlich eintretenden soporösen Zustand, ähnlich wie bei manchen Hirnhämorrhagieen (Fall von Elsässer) oder, wo sie gering ausfiel, partielle Lähmungen (Mauthner). Diese Blutungen finden sich oft zugleich an den weichen Häuten des Gehirnes und Rückenmarkes vor, an welch ersteren sie zudem weit häufiger sind, als am Rückenmarke. — Man wird derartige Hämorrhagie vermuthen können, wenn kurz nach schwerer Geburt Convulsionen ausbrechen, die die Bahnen der Hirnnerven frei lassen,

hauptsächlich die untere Körperhälfte befallen, mit Athemnoth verbunden sind und durch ein paralytisches Stadium binnen kurzer Zeit zum Tode führen.

Die zweite Art des Auftretens von Extravasaten im fettreichen Bindegewebe zwischen Innenfläche der Wirbel und Dura ist dasjenige beim Tetanus der Neugeborenen. Fast alle Untersucher seit Finkh (1825) bestätigen das nahezu constante Vorkommen dieses Befundes, der übrigens von den meisten als Folge, nicht als Ursache der Convulsionen betrachtet wird. Auch der traumatische Tetanus älterer Kinder kann dieselbe Hämorrhagie ausserhalb der Dura bedingen (Beispiel von Bouchut).

Andere Fälle von Hämorrhagia meningealis spinalis finden sich spärlich durch das übrige Kindesalter zerstreut. Traumata, Wirbel- und Rückenmarkskrankheiten, Erschütterungen des Körpers, Krampfkrankheiten, plötzliche Abkühlung der Körperoberfläche bilden die Ursachen, die übrigens auch in manchen genau beobachteten Fällen völlig zu mangeln scheinen. Die Symptome sind hier: plötzlich auftretender Rückenschmerz, meist in der Lendengegend beginnend, Anfangs Reizungs-, dann Lähmungserscheinungen an den sensibeln sowohl als motorischen Nerven der unteren Körperhälfte, bei fieberlosem Verhalten. So wird in Gaz. d. Hôpit. 1875 nr. 31 von einem 6j. Mädchen erzählt, das 8 Tage nach einem Falle vom Stuhle von vorübergehenden Schmerzen und von Lähmung in der unteren Körperhälfte befallen wurde.

Die Reizungserscheinungen stellen sich in Form klonischer und tonischer, bis zur Intensität des Tetanus sich steigernder Convulsionen dar, von lebhaftem Schmerze begleitet. Die nachfolgenden Lähmungen sind meist unvollständige und zeigen gutes Erhaltensein der Reflexe. Die Reizungserscheinungen sind von Einwirkung des Extravasates auf die Nervenwurzeln abzuleiten. Zur Behandlung empfehlen sich: Entleerung des Darmes durch Purganzen, um collaterale Stauung im Spinalkanal auszugleichen; örtliche Anwendung der Kälte in Form von Eisbeuteln; bei kräftigen Kindern, die schon über die ersten Lebensjahre hinaus sind, mässige örtliche Blutentziehungen am unteren Theile der Wirbelsäule. Die sich häufenden Berichte über günstige Wirkung des Eises, consequent längs der Wirkelsäule angewandt, bei Krampfkrankheiten sind geeignet, besonders diesem Mittel grosses Zutrauen zu erwerben. Ist die erste Gefahr überwunden und bleiben Lähmungen und Atrophieen zurück, besonders an den unteren Extremitäten, so sind neben

der sorgfältigsten Reinlichkeit und Pflege häufige warme Bäder, Jodeisen, Jodsalbe längs des Rückens und andere resorptionsbethätigende Mittel, erst nach Jahresfrist elektrische Ströme in Anwendung zu ziehen.

VI. Geschwülste des Rückenmarkes.

a. Tuberkel.

C. E. Hasse: Virchow's Handbuch Bd. IV. Ed. II. p. 729.
W. Gull cit. in Jahrb. f. Kinderkrankheiten III. Anal. 75. aus Guys Hospital reports.
Eisenschitz: Tuberkel des Rückenmarkes. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. III. 224.
Kohts im Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. V. 1. S. 422.

b. Andere Geschwülste des Markes.

Rayer und Ball: Gaz. de Paris 1864, Schmidt's Jahrb. CXXIV. p. 161. Umfangreicher Tumor, hervorgegangen aus einer Hyperplasie der grauen Rückenmarkssubstanz, bei einem 6monatlichen Fötus.

c. Von Aussen hereingewucherte Geschwülste.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen. Prag. Vierteljahrsschrift LXXIX. 1863. p. 71.

C. Ausgebreitete Motilitätsneurosen.

I. Tetanus.

Hervieux: Ueber die verschiedenen Arten des Tetanus der Neugeborenen. Journ. f. Kinderkrankheiten XL. p. 80.
Th. Kirchstetter: Ein Fall von geheiltem Tetanus neonatorum an einem 9 Tage alten Knaben. Jahrb. f. Kinderheilk. VII. II. 69.
A. Monti: Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F. II. p. 290 u. 198.
Hüpeden: Ueber die Verbreitung des Trismus neonatorum durch ein Contagium. H. Pfeifer's und B. Schuchardt's Zeitschrift f. Epidemiologie und Gesundheitspflege 1869. Nr. 3.
Hirsch: Historisch-geographische Pathologie II. p. 581.
A. v. Hüttenbrenner: Ueber die Behandlung des Trismus et Tetanus neonatorum mit Chloralhydrat.

Das Kindesalter ist dem Starrkrampfe nicht minder als das der Erwachsenen ausgesetzt, und zwar ist die übergrosse Mehrzahl der Fälle als Wundstarrkrampf aufzufassen. Namentlich von Knaben

existirt aus dem Alter zwischen 6 und 14 Jahren eine ziemliche Zahl von Beobachtungen über Wundstarrkrampf nach eingestossenen Splittern und ähnlichen kleinen Verletzungen der Extremitäten. Von diesem Tetanus puerorum lässt sich trennen der Tetanus neanatorum, der, an das Alter zwischen ½ und 2 Wochen gebunden, an manchen Orten die Häufigkeit des Tetanus adultorum bedeutend überbietet. Dieser tonische Krampf der Neugeborenen tritt ebenso wie der Tetanus anderer Alter in heissen Ländern am Häufigsten auf, betrifft mehr die Sprösslinge der schwarzen Menschenraçe, und fällt zeitlich meistens mit dem Bestehen der offenen Wunde des Nabels zusammen, bisweilen auch sah man ihn nach der Beschneidung eintreten. An manchen Orten erlangt die Krankheit eine solche Häufigkeit, dass sie die Mehrzahl der Geborenen wieder hinwegrafft. Dies wird z. B. von Vestmannoe an der Südküste Islands und von Cayenne berichtet. An manchen Orten (Kopenhagen, Petersburg) ist oder war die Krankheit gleichzeitig in den Gebäranstalten häufig, in der Privatpraxis selten. Es ergibt sich daraus, dass locale Schädlichkeiten, die weder der Nabelwunde allein zur Schuld fallen, noch auch in den klimatischen Verhältnissen immer allein gelegen sind, der Krankheit zu Grunde liegen können. Noch auffälliger ist das Vorkommen der Krankheit in der Praxis einer von mehreren Hebammen eines Ortes (so in Elbing, bei Bremervörde). Diese Schädlichkeiten, die die locale Häufigkeit der Krankheit begründen, können offenbar verschiedener Art sein. In Dublin hat man die Todesfälle des Gebärhauses an Tetanus durch Reinlichkeit und Ventilation bedeutend vermindert, in Island hat man durch Einrichtung von Gebärhäusern die Neugeborenen dem Thranrauche entrückt, den in den Wohnungen die Lampe, aus einem mit Docht durchzogenen gedörrten Vogel bestehend, verbreitet, und damit Erfolg gehabt (Panum, Schleissner). In Elbing dagegen erwies sich, dass eine temperaturanästhetische Hebamme alle mit ihrer Hülfe Geborenen zu heiss badete und sie dadurch grösstentheils tetanuskrank machte. Genug, die Ursachen, die Neugeborene von bestehenden Ulcerationen aus (Nabel, Beschneidungswunde) tetanisch machen, können sehr verschiedener Art sein, abnorm hohe und niedere Temperaturgrade spielen dabei eine hervorragende Rolle, aber auch chemische und miasmatische Verunreinigung der Luft kann dahin wirken. Dass jene Auffassungsweise, die den physiologischen Process der Nabelulceration als einfache Ursache anschuldigt, unberechtigt ist, zeigen schon jene Fälle, die vor Bildung

oder nach Heilung der Nabelwunde entstehen. Auch die Ansicht ist neuerdings aufgetaucht, dass Tetanus n. durch Eindrückung des Hinterhauptes und Druck auf die Med. oblongata entstehen und durch Seitenlage geheilt werden können.

Eine ziemlich constante anatomische Veränderung stellen die Extravasate an der Aussenseite der Dura mater spinalis, namentlich in dem lockeren Bindegewebe zwischen ihr und den Wirbeln dar. Sie sind als Folge der Hyperextension der Wirbelsäule und der Blutauspressung aus den Muskelgefässen zu betrachten. Die Angabe Rokitansky's, dass im Tetanus die bindegewebige Zwischensubstanz des Rückenmarkes wuchere, hat zwar durch H. Demme u. A. Bestätigungen erhalten, aber die ganze Schwierigkeit derartiger Untersuchungen ist zu gross, um einzelne solche Befunde sofort als allgemeingültig zu betrachten, und die Erscheinungen des toxischen Tetanus lassen wenigstens die Entbehrlichkeit eines solchen Befundes erkennen.

Die Symptome des Tetanus können während eines oder mehrerer Tage unbestimmte sein, so dass nur Unruhe, öfteres ängstliches Schreien und Fieber unbestimmtes Unwohlsein ankünden. Hiezu kommt als erstes Zeichen von bestimmter Bedeutung Beschwerde, Unfähigkeit zu Saugen in der Weise, dass die Warze zwischen den Kiefern eingeklemmt, dann rasch losgelassen wird; bald darauf stellen sich auch Unvermögen zu schlingen und Contractur der Nackenmuskeln ein. Noch bevor die letztere bemerklich wird, pflegt der Unterkiefer starr angezogen und unbeweglich zu werden, doch ohne fest an den Oberkiefer anzuschliessen. Wegen dieses Trigeminuskrampfes wird auch die Krankheit von Manchen als Trismus et Tetanus, oder wo es nicht zu erheblicher Starre des Rumpfes kommt, als Trismus neonatorum bezeichnet. Im weiteren Verlaufe scheint auch der Facialis nicht unbetheiligt zu bleiben, denn man findet die Stirne quer gerunzelt, die Augen fast zugekniffen, den Mund zugespitzt und von strahlenförmigen Falten umgeben. Stirn und Auge zeigen den Ausdruck der Ermüdung, die Umgebung des Mundes zeigt «einen schmollenden, kummervollen Ausdruck» (Soltmann). Im Uebrigen ist das Aussehen blass, collabirt, erst zu Ende bei bedeutender Behinderung der Respiration cyanotisch; vor dem Munde steht oft Schaum, oder sieht die zwischen den Kiefern eingeklemmte Zunge hervor; die Haut ist heiss, der Puls beschleunigt, der Nacken rückwärtsgezogen, der Rücken gleichfalls eingebogen und steif, die Extremitäten steif ausgespreitet, die Bauch-

decken gewölbt und hart. Stuhl- und Urinabgang sind nicht erheblich gestört, dagegen ist die Respiration frequent und oberflächlich, und werden nur selten klägliches Wimmern und abgebrochene Schreie gehört. Die brettartige Starre des Körpers mit ausgehöhltem Rücken dauert nicht gleichmässig an, hört freilich auch nie ganz auf, aber sie steigert sich zeitweise in Folge von äusseren Ursachen: Berührungen oder Geräuschen; doch lässt sich nicht läugnen, dass gerade beim Tetanus neonatorum, im Vergleiche zu manchen anderen Formen, der tonische Krampf mehr als die reflectorische Steigerung desselben ausgesprochen ist.

Wunderlich hat zuerst gezeigt, dass der Starrkrampf mit sehr hohen, bis 44° C. reichenden, nach dem Tode selbst noch höher ansteigenden Temperaturen einhergeht. Monti hat beim Tetanus neonatorum bis 40,9, die Petersburger Findelanstalt bis 43,2 beobachtet. Als Quelle der Temperaturerhöhung hat Leyden mit Recht die Wärmeproduction der tetanisirten Muskeln bezeichnet. Die Temperaturhöhe gibt also ein Maass für die Intensität der Krankheit ab. Reflectorische Steigerung des Krampfes in Anfällen, die man als allgemein tonische Convulsionen bezeichnet, bringt gerade die höchsten Temperaturen. Fälle, die nur um Zehntel das Normale übersteigen, oder die von gradweise erhöhter Temperatur bald auf Normal zurückkehren, sind stets günstiger Art. In manchen Fällen mit niederer Temperatur trotz heftigen Krampfes müssen wärmeerniedrigende Ursachen wirksam gewesen sein.

Die Mortalität des Tetanus neonatorum gilt allgemein als eine enorm grosse, so dass Heilungsfälle zu den sehr seltenen Erlebnissen gehören. Doch lässt sich nicht läugnen, dass neuerdings die Berichte etwas günstiger sich gestalten; so hat Bohn doch unter 13 Erkrankungen 2 Heilungsfälle, Monti sogar unter 4 Fällen 2 Heilungen. Zu dem tödtlichen Ausgange trägt am Meisten die Respirationsstörung, nächstdem die Inanition und die Fieberhöhe bei. Bei dem relativ grösseren Nahrungs- und Sauerstoffbedarf des kindlichen Körpers erklärt sich der durchschnittlich rasche und in mehr Fällen in diesem Alter eintretende tödtliche Ausgang. Fälle mit 1- oder 2tägiger Dauer sind nicht selten, über 8 Tage dauernde können schon als leichte, hoffnungsvolle, demnach sehr seltene aufgefasst werden. Je später nach der Geburt der Tetanus auftritt, um so eher lässt sich auf einen günstigen Ausgang hoffen. Das wichtigste prognostische Moment ist jedoch durch die Körperwärme gegeben. Je höher diese steigt, desto schlimmer die

Aussichten, je vollständiger sie normal bleibt oder es wieder wird, um so günstiger. — Verwechselungen der Krankheit würden namentlich leicht möglich sein mit Meningitis spinalis und Haemorrhagia meningea spinalis. Beide Processe sind jedoch ungleich seltener, beginnen mit Rückenschmerzen, bringen häufig paretische Symptome mit, die beim Tetanus gänzlich fehlen.

Die Behandlung des Tetanus neonatorum hat neuerdings entschiedene Fortschritte gemacht. Man muss nicht allein die Ernährung durch Klysmen von Pepton, Milch, Eigelb u. dergl. und Nahrungsdarreichung so oft möglich stützen, sondern auch innerlich resp. subcutan muskelerschlaffende Mittel anwenden. Zu dem Zwecke verdient das Atropin, mit dem Kirchstetter einen Heilungsfall erzielte, das bei Erwachsenen mit dem Erfolge von 50 % Genesungen angewandte Curare, vorzüglich aber das Calabarextract, subcutan zu 0,6 pro die, 0,075 pro dosi alle Beachtung. Mit letzterem erzielte Monti unter 4 Fällen 2 Heilungen. In leichteren Fällen scheint auch das Chloralhydrat zur Behandlung auszureichen.

Der Tetanus puerorum, meistens nachweisbar traumatischer Art, besonders in der heissen Jahreszeit von kleinen Verwundungen der Extremitäten aus entstehend, zeigt ziemlich die gleichen Verhältnisse wie der Erwachsener. Mädchen werden ungleich seltener betroffen als Knaben, die heissen Gegenden, die schwarzen Raçen sind stärker heimgesucht. Die Verlaufsweise ist ungleich günstiger als bei Neugeborenen, selbst günstiger als bei Erwachsenen. Auch hier finden sich bei lethalem Ausgange öfter extrameningeale Extravasate im Wirbelkanale. Zur Behandlung empfiehlt sich die sub- oder endermatische Anwendung des Morphiums, bei kenntlicher Verletzungsstelle in der Nähe derselben, sonst die subcutane Anwendung des Curare zu grm. 0,1—0,025 pro dosi. Auch bei dieser Form sind mehrere Heilungen mit Calabar erzielt worden.

II. Epilepsie.

Finkelnburg: Bericht über die neuesten Leistungen auf dem Gebiete der Epilepsie. Schmidt's Jahrb. CXIX. p. 90.

W. Griesinger: Ueber einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psychiatrie u. N. K. I. 2. p. 320.

E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilk. p. 21. N. F. p. 86.

Wiederholte Krampfanfälle mit vollständiger Bewusstlosigkeit werden mehr bei Erwachsenen beobachtet als im Kindesalter, aber sie beginnen zumeist während des letzteren oder gegen dessen Grenze hin, meist nach dem 10. Lebensjahre. Schon in den ersten Lebensjahren, selbst Lebensmonaten, kann die Krankheit vorkommen und zwar in zweierlei Verlaufsweisen: es folgt sich von da an in längeren oder kürzeren Zeiträumen Anfall auf Anfall, oder es tritt eine sehr lange Pause ein und erst im späteren Mannesalter reihen sich an den halbvergessenen Anfall in der Kindheit weitere epileptische Erscheinungen an. Namentlich die ererbte Epilepsie tritt oft schon früh auf. Ich fand für Jena, dass die Vererbung der Epilepsie mindestens ebenso häufig mit Ueberspringung von einem oder mehreren Gliedern einer Familie als direct von den Eltern aus auf die Kinder geschieht. Auch in dem Falle sind selten alle Kinder einer Familie epileptisch, nach Foville durchschnittlich ein Viertheil, aber nur die Hälfte gesund. Wer genau zufragt, wird staunen über die Häufigkeit, mit der Epileptiker epileptische Eltern, Grosseltern, Onkel, Grossonkel etc. aufzuweisen haben. Trifft auch dies nicht, so waren oft frühere Glieder der Familie geisteskrank, nervenleidend, tabetisch, diabetisch, oder die Eltern waren nahe verwandt. Der epileptische Anfall ist ein Symptom der Hirnanämie; man kann fallsuchtartige Krämpfe bei Thieren durch Verschliessung der Hirnarterien hervorrufen (Kussmaul und Tenner). Beim Menschen können alle Hirnkrankheiten, die das Organ anämisch machen, epileptische Anfälle zu ihren Symptomen zählen, so die mehrfache Embolie oder autochthone Verschliessung von Hirnarterien, Hydrocephalus, Hypertrophie, Tumoren, Blutergüsse u. s. w. Diese symptomatische Begründungsweise vieler Epilepsieen erklärt es, dass man an dem Gehirne von Epileptikern so ziemlich alle möglichen anatomischen Befunde antreffen kann. Von Interesse sind besonders die Hirnkrankheiten, die sehr constant Epilepsie erzeugen, wie ungleiche Grösse beider Hirnhälften, oder die sehr oft sich wiederholende Anfälle machen, wie die Cysticerken. Man muss annehmen, dass durch die Hirnanämie das Grosshirn ausser Thätigkeit gesetzt wird, — dies entspricht der Aufhebung des Bewusstseins —, dass dagegen das im Pons gelegene, von einem bestimmten Bezirke der Medulla oblongata her erregbare Krampfcentrum gereizt und so in Thätigkeit versetzt wird. Es scheint sich darin analog zu verhalten, wie das Athmungscentralorgan im verlängerten Marke, das durch Sauerstoffmangel gereizt wird, oder es handelt sich um Wirkungen

secundärer Hyperämie desselben. Damit würde besser die von Schröder van der Kolk nachgewiesene Erweiterung feinster arterieller Gefässe der Medulla oblongata um das Mehrfache passen, die übrigens von S. v. d. K. selbst nur als Folgewirkung langdauernder Epilepsie angesprochen wird.

Weit häufiger als central ist die Krankheit peripher erregt. Eine Narbe, vielleicht der Kopfhaut, schmerzt vor jedem Anfalle, Druck auf die Narbe ruft den Anfall hervor, oder verhütet den drohenden Ausbruch desselben. Man hat schon solche Narben excidirt und darin Nervenästchen in dicke, sklerotische Bindegewebsscheiden eingebettet gefunden. In ähnlicher Weise können eingeheilte Fremdkörper, nekrotische Knochenstücke, Gelenkssubluxation und zahlreiche andere äussere Reizungen sensibler Nerven bei Personen, die hereditär, durch Anämie, durch nervöse Constitution dazu disponirt sind, Grund und Ausgangspunct epileptischer Anfälle werden. Auch innere Reizungen können dazu Veranlassung werden. So erzählt V. Kaufmann von einem Fleischer, der bis zu dem freiwilligen Abgange eines Bandwurmes epileptisch war, von da an keinen Anfall mehr bekam. Zahndurchbruch, Einklemmung steiniger Concremente, Genitalkrankheiten können solche innere Reize abgeben. Bei einem gewissen Grade der örtlichen Reizung wird ein allgemeiner oder auf die Hirnarterien beschränkter Gefässkrampf ausgelöst, der den Anfall bewirkt. In der Medulla oblongata können dabei allmählig Veränderungen eintreten, die trotz beseitigter Ursache die Fortdauer der Anfälle bewirken. Die gleichen peripheren Reize rufen nur unter besonderen Bedingungen die spasmodische Hirnanämie hervor, welche den Anfall bewirkt. Brown-Sequard hat durch Rückenmarksdurchschneidungen Thiere in einen Zustand versetzt, in dem geringe Hautreize epileptischen Krampf auslösten. Ebenso liess sich durch Schläge auf den Kopf bei manchen Thierarten dieser Zustand herbeiführen, in dem geringe Reize an der Gesichtshaut den Anfall erregen. Ja sogar Vererbung dieses Zustandes wurde bei den Versuchsthieren beobachtet. — Die so häufige Epilepsie der Onanisten ist mehr in der zerrütteten Beschaffenheit ihres Nervensystems, als in dem Genitalreiz begründet. Auch direct vom Grosshirn aus kann der Arterienkrampf bewirkt werden, so wenn Schreck, heftige Sinneseindrücke, starke Leidenschaften, Nachahmung die Krankheit erzeugen, oder die einzelnen Anfälle veranlassen. Nervenüberreizung durch Alcoholica, Narcotica, sexuelle Excesse disponirt zu Erkrankung.

Der Anfall beginnt in den meisten Fällen mit Vorboten: Schmerzen oder ungewohnten Empfindungen (namentlich Gefühl aufsteigender Kälte), Muskelzuckungen (z. B. eines Fingers, einzelner Gesichtsmuskeln), Sinnestäuschungen oder leisen Störungen der Grosshirnthätigkeit. Diese Aura, am Häufigsten sensibler Natur, ist für den Kranken werthvoll; geht sie länger voraus, so kann er sich noch setzen, legen, ausser Gefahr bringen, vielleicht noch so rechtzeitig aus der Gesellschaft zurückziehen, dass sein Uebel selbst Freunden unbekannt bleibt; sie giebt bei peripherem Beginne Möglichkeiten, den drohenden Anfall zu coupiren oder selbst die Krankheit zu heilen. — Mit oder ohne Aura stürzt der Kranke im Beginne des vollständigen Anfalles zusammen, alle Muskeln erschlaffen, Herz und Athmung allein setzen ihre Thätigkeit fort, die Haut erblasst, die sensibeln Nerven verlieren jede Reizbarkeit. Nun kommt gewöhnlich ein Moment tetanischer Muskelstarre, die Haut wird cyanotisch, die peripheren Venen füllen sich in Folge des Stockens der Athmung, dann beginnen unter geräuschvollem schwerem Athmen wirre Wechselkrämpfe, die besonders Kau-, Zungen- und Gesichtsmuskeln, aber auch alle übrigen stark in Anspruch nehmen. Pausen können eintreten, frühere Abschnitte des Anfalles sich wiederholen; dann wird der Kranke ruhiger, seine Pupillen sind noch starr und reactionslos, die Daumen eingeschlagen, vor den Lippen steht Schaum, oft von der zerbissenen Zunge her blutig; nun erfolgt längerer Schlaf, Erwachen mit wüstem, schwerem Kopfe, allmählige Wiederkehr der geistigen Thätigkeit. Je stärker die Cyanose war, um so eher findet sich nach dem Anfalle das Gesicht, namentlich in der Umgebung der Augen, mit punctförmigen Extravasaten besetzt. Der Anfall kommt bald regelmässig, bald völlig irregulär, die Intervalle sind nach Stunden, Tagen, Wochen, selten Jahren zu messen. Lange Intervalle bringen oft gehäufte Anfälle. Den regelmässigen Anfällen kann ein reiner Typhus zu Grunde liegen, so dass sie mit der Genauigkeit des Wechselfiebers zur Stunde eintreffen, oder sie sind doch überwiegend bei Tag oder bei Nacht gekommen, oder haben annähernd gleich lange Intervalle zwischen sich. Bei den unregelmässig eintretenden Anfällen sind oft Gelegenheits-Ursachen des Ausbruches nachweisbar. Nach vielen Anfällen bildet sich Herzhypertrophie aus.

Die Intervalle sind Anfangs völlig frei. Einige Stunden nach dem Anfalle bis zum Beginne des nächsten hören alle krankhaften Erscheinungen auf. Je häufiger und heftiger die Anfälle, um so

eher stellt sich Abnahme des Gedächtnisses ein, später Abstumpfung der Geistesschärfe und des sittlichen Feinfühlens. Zu dieser Zeit ändert sich auch die Physiognomie, sie erhält einen massigen, geistesarmen, stumpfen Ausdruck. Oft folgen den Anfällen Zustände von Verwirrtsein, Stumpfsinn oder aufgeregtem Treiben die sich mehr in die Intervalle hineinziehen und die kommende Geistesverarmung ankündigen. Besonders bei ererbter Form, nach langem Bestehen der Krankheit, bei Onanisten und Trinkern sind die Intervalle sehr unrein, von den mannichfachsten nervösen Symptomen eingenommen. Viele Epileptiker werden zur Zeit der Paroxysmen manikalisch, viele später blödsinnig.

Zwischen die gewöhnlichen vollständigen Anfälle (haut mal) können schwächere unvollständige eingeschoben sein (petit mal), bei denen nur auf Momente ohne Zusammenstürzen das Bewusstsein verloren geht, oder nur andeutungsweise Krampfbewegungen einer sehr beschränkten Muskelgruppe stattfinden. Aber es kann auch zeitweise oder dauernd die ganze Krankheit aus unvollständigen Anfällen, nur convulsivischen oder nur Bewusstseinsstörungen bestehen, oder der Anfall kann durch periodische Geisteskrankheit, durch wiederkehrende anomale Bewegungen, Empfindungen oder Vorstellungen ersetzt werden. Je anomaler und unvollständiger der Anfall, desto unreiner pflegen auch die Intervalle zu sein.

Die Unterscheidung der Epilepsie von der Eklampsie lässt sich nicht consequent durchführen. Letztere stellt das Gleiche dar, beruht auf den gleichen Bedingungen, nur dass ihre Wiederkehr nicht oder erst nach langen Zwischenräumen erfolgt. Die ersten unvollständigen Anfälle werden oft mit Ohnmachten (Hirnanämie geringeren Grades) verwechselt, oder sie galten, wenn stark ausgesprochen, als Beginn von Apoplexie, Meningitis oder dergl. Hat man wie in der Regel leicht die Epilepsie erkannt, so bleibt die schwierigere Frage nach deren Ursprung zu beantworten. Hat man es mit einer gröberen Hirnläsion zu thun, deren Symptom die Epilepsie ist, oder mit durch den Reiz einer acuten Krankheit (Angina, Pneumonie) erregtem vereinzeltem Anfall: sympathischer Epilepsie? wenn wie gewöhnlich mit primärer, idiopathischer Epilepsie, dann gilt es erst recht, die so vielfachen und oft sehr verborgenen Ursachen ausfindig zu machen.

Hierin liegen zugleich die Anhaltspunkte der causalen Therapie, nach der man zunächst streben muss. Bald sind Anthelminthica indicirt, bald handelt es sich darum, durch locale Be-

handlung oder durch Digitalin, Lupulin, Kampher Genitalreizungen entgegen zu arbeiten, oder durch Eisenmittel Anämie zu beseitigen. Bei Bleivergiftung helfen Schwefelbäder und Jodkalium; hängt die Epilepsie mit Syphilis zusammen, so wird Sublimat oder Jodquecksilber zu gebrauchen sein. Narben, Luxationen, Sequester, Geschwülste, von denen aus reflectorisch die Krankheit entsteht, können zu einer sehr wirksamen chirurgischen Behandlung auffordern. Der Erfolg kann sofort vollständig und dauernd sein. So war es bei einem jungen Epileptiker mit sehr häufigen Anfällen, dem ich nach vergeblicher Anwendung der verschiedensten inneren Mittel ein Stück eines Packetes geschwollener jugularer Drüsen exstirpiren und die Wunde ½ Jahr offen halten liess. Er ist jetzt seit 4 Jahren ohne Anfall geblieben. Oder der Erfolg ist nur ein temporärer, wie er durch jeden starken Eingriff erlangt werden kann. Nach der Excision einer Narbe entsteht eine neue Narbe, die gleiche nachtheilige Einwirkungen haben kann. Oder die Krankheit ist habituell geworden, die chirurgische Entfernung der ersten Ursache beseitigt nicht mehr, aber sie ermöglicht die Heilung durch innere Mittel, die man gut thun wird, immer gleichzeitig zu gebrauchen. Die Tracheotomie (Marshal-Hall) ging von falschen Voraussetzungen aus, hat sich unwirksam gezeigt. Die Trepanation bei Knochennarben am Kopfe hat wenig Erfolg; von 5 Fällen, in denen ein renommirter Operateur am Rhein sie vornahm, blieben 3 ungeheilt, einer wurde geheilt, einer starb.

Wo jede Handhabe für ursächliche Behandlung fehlt, ist man auf empirische Mittel angewiesen. Für manche derselben liegt gar keine Andeutung über die Art ihrer Wirkung, über die Specialindication des Mittels vor; dahin gehören das Selinum palustre (Herpin), Rad. artemisiae, paeoniae, valerianae, Orangeblätter und viele andere Pflanzenstoffe, das Zinkoxyd, die Zinksalze, Cuprum sulfuric. ammoniat., Argentum nitricum. Doch hat die Anschauung Einiges für sich, dass einige der letztgenannten Mittel, z. B. Argent. nitricum dadurch wirken, dass sie Krankheiten des Verdauungskanales, die der Ausgangspunkt von Reflexreizen waren, heilen. Besser verständlich sind folgende Hülfsmittel und Behandlungsweisen: Tägliche kalte Waschung des ganzen Körpers, die, wo irgend anwendbar, nicht unterlassen werden sollte, stumpft die Reizbarkeit der sensiblen Nerven ab und wirkt so der reflectorischen Erregung der Anfälle entgegen. Auf die Entdeckung arterieller Ektasien in der Medulla oblongata hin schlug Schröder van der Kolk

öftere oder dauernde Ableitungen am Nacken vor. Die Erfahrung hat schon mehrfach sich zu Gunsten derselben entschieden und sie dürften in veralteten Fällen bei neuen Curversuchen stets mit in Anwendung zu ziehen sein. Das Atropin, neuerdings von Wien aus wiederholt empfohlen, entspricht durch seine von Bezold nachgewiesenen gefässlähmenden Wirkungen sehr vollständig der Hauptindication der sog. primären oder besser der nicht von Hirnkrankheiten abhängigen Epilepsie. Direct die motorischen Nerven in den Muskeln paralysirend und auf diese Weise antispasmodisch wirkt das von Benedict in die Therapie dieser Krankheit eingeführte Curare. Das in letzter Zeit vielgerühmte Kalium bromatum scheint sowohl als Kalisalz, wie auch vermöge seines Bromgehaltes die Erregbarkeit der sensiblen Nerven herabzusetzen und paralysirend auf die Gefässmuskeln zu wirken. Es bewirkt, wenn auch in grossen Dosen bis grm. 7,5 per Tag gebraucht, selten völlige Heilung, aber ziemlich sicher Verminderung und Abschwächung der Anfälle. — Kann man bei typischen Anfällen jedesmal zur rechten Zeit eine genügende Dose Chloralhydrat geben, so verschlafen die Kranken ihre Anfälle und noch einige spätere bleiben von selbst aus. Auch durch Amylnitrit-Einathmung lässt sich mancher Anfall noch im Beginne coupiren.

Mit der Beurtheilung therapeutischer Resultate muss man sehr vorsichtig sein. Einmal sind spontane Heilungen, wie mir in Thüringen schien, wenigstens keineswegs selten. Dann bewirkt fast jedes neue etwas angreifende Mittel eine Pause in den Anfällen; das kommt namentlich den in Unsumme angepriesenen Geheimmitteln sehr zu statten. Endlich: Wann ist ein solcher Kranker geheilt? Ich kenne eine Frau, die nach mehr als 20jähriger Pause wieder Anfälle bekam.

Auch ich suche vor Allem nach Motiven für eine causale Therapie. Fehlt diese, so lasse ich eine Vesicatorwunde am Nacken offen erhalten und täglich mit 5—6 Tropfen 1% Curarelösung betropfen, daneben grosse Dosen Kalium bromatum, Zincum valerianicum oder Argentum nitricum innerlich nehmen. Der Einfluss dieser Behandlung ist so bedeutend, dass z. B. bei einem unentwickelten 17jährigen Knaben die zur Zeit der Aufnahme in die Klinik 100 bis 250mal per Tag wiederkehrenden Anfälle in wenigen Tagen auf 0—10 per Tag sanken. Auch die von R. Demme empfohlenen subcutanen Atrophie-Injectionen von 1—2 mgrm. sind von bedeutendem Erfolge oft begleitet. — Jeder Fall von Epilepsie bedarf

eines ernstlichen, eingehenden Studiums; die graphische Darstellung der Zahl der Anfälle oder der Dauer der Pausen erleichtert sehr die Beurtheilung des therapeutischen Resultates.

III. Chorea minor.

Cyon: Die Chorea und ihr Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus, Perikarditis und Endokarditis. Wien. Zeitschrift XXI. 1865.
Klebs: Virchow's Archiv XXXIV, p. 342 u. f.
M. Benedict: Elektrotherapie. Wien 1868. p. 141.
J. W. Ogle: Brit. and for. med.-chir. Rev. Jan. und Apr. 1868. Schmidt's Jahrb. CXLIII. p. 20.
Steiner: Klinische Erfahrungen über Chorea minor. Prag. Vierteljahrsschr. 1868. III. p. 45.
R. Arndt: Chorea und Psychose. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten I. 3. 509.
E. R. Kretschmer: Ueber den Veitstanz. Diss. Berl. 1868.
H. Roger: Klinische Untersuchungen über den Veitstanz und dessen Zusammenhang mit Rheumatismus und Herzaffection, aus dem Arch. gen. de Med. Dec. 1866. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 47. p. 307 u. f. B.
P. J. Moebius: Ein Fall von congenitaler Motilitätsneurose. Arch. d. Heilk. XIX. Heft 2.

Es wird gestritten, ob der Veitstanz schon in den Schriften Galen's sich erwähnt finde; jedenfalls war derselbe im 15. Jahrhundert gekannt. Ausführlich und sehr naturgetreu wurde derselbe erst von Sydenham beschrieben, sowie auch von Cheyne und Dower. Den jetzt so sicher gestellten Zusammenhang der Krankheit mit Rheumatismus hat schon Stoll, auch Bouteille, Bright beobachtet, See hat ihn in einer Preisarbeit statistisch nachgewiesen. Den wichtigen Punkt, dass zwischen Rheumatismus und Chorea das nothwendige Bindeglied die Herzerkrankung bilde, hat Kirkes hervorgehoben.

Die Chorea ist durch Mitbewegungen ausgezeichnet, die den gewollten Bewegungen sich hemmend, abändernd oder übertreibend beimengen. Die Erkrankung beginnt meist bei Kindern zwischen 5 und 14 Jahren, je nach der Ursache plötzlich oder mit Vorläufern. Auch der plötzliche Beginn betrifft oft schon länger kränkliche, mindestens mit Anämie-Symptomen ausgestattete Kinder. Als Vorläufer kommen Rücken-, Glieder-, Kopfschmerzen, Hast und Unruhe im Denken und Thun, gestörter Schlaf vor. Die Krampferscheinungen sind oft im Beginne halbseitig und zwar, wie ich aus einigen Zusammenstellungen sehe, etwas mehr rechts- als links-

seitig. Diese Hemichorea, die ich jetzt geradezu als regulären Anfang kennen lerne, betrifft mehr die Hand und den Arm, als den Fuss. Drehende Finger- oder Armbewegungen mischen sich in jeden Griff, selbst die Absicht, den Arm stille zu halten, wird durch zappelnde Bewegungen unterbrochen, sich selbst aber ganz überlassen, z. B. beim träumerischen Versunkensein, kann er stille liegen. Das Gesicht zukt und schneidet Grimassen beim Sprechen, Lachen, Ansehen, das Bein wird beim Gehen geschleudert, beim Stillsitzen geschaukelt oder hin und her gestellt. Nach einigen Tagen oder Wochen wird der Krampf doppelseitig, wobei immerhin die erstbefallene Seite noch die stärker krampfbewegte bleiben kann. Eine Zeit lang nimmt die Stärke der Krampfbewegungen zu. Sie betreffen alle willkürlichen Muskeln (ausser Sphinkteren), lassen dieselben brauchbar zu allen willkührlichen Bewegungen, machen nicht heftige Krampfbewegungen, die in ausgesprochener Weise als Mitbewegungen, in gewissem Grade aber auch als coordinirte auftreten. Verglichen mit den wirren, regellosen Krämpfen eines epileptischen, hysterischen Anfalles, zeigen sie einige Aehnlichkeit, ein nicht sehr verzerrtes Bild gebräuchlicher, zweckmässiger Bewegungen. Im einzelnen Falle kann das Sprachorgan überwiegend befallen sein (partielle Chorea in Form des Stotterns), oder sind es vielleicht die Nackenmuskeln, Gesichtsmuskeln, oder irgend eine andere Gruppe. Ernstem Wollen gelingt es, auf Momente die Krampfbewegungen zu unterdrücken, dauernd ruhen sie im Schlafe. Aber das Einschlafen erfolgt schwer, in den schlimmen Fällen werfen die Krämpfe den Kranken lange auf dem Bette wach herum und wecken ihn auch hie und da, vielleicht durch Träume erregt, wieder auf.

Die motorischen Störungen sind nicht die einzigen. Die sensibeln Nerven sind constant gegen mechanische und elektrische Erregung abnorm empfindlich (Benedict), reagiren zu stark darauf reflectorisch. Man kann den Valleix'schen Schmerzenspunkten ähnliche druckempfindliche Stellen an denselben nachweisen (Rousse). In gemüthlicher Beziehung tritt regelmässig eine bedeutende Depression hervor, auch wenn die Kinder sich weder ihres fratzenhaften Aussehens bewusst, noch durch den Spott anderer gekränkt werden. Schwere Fälle sind bisweilen von psychischen Erregungszuständen meist bald vorübergehender Art begleitet, bei längerer Dauer kann Abnahme der geistigen Kräfte bemerklich werden. Chorea kann auch mit halbseitiger Lähmung verbunden sein; bei Chorea der Herzkranken ist dies leicht erklärlich aus gröberen Em-

bolieen. Bisweilen verknüpfen sich mit den schwersten Fällen epileptische Anfälle, die nach dem meist günstigen Ausgange zu schliessen auf begleitender Hirnanämie beruhen. Eigentliche Lähmungen kommen selten als Complication oder Ausgang vor, dagegen kann Mattigkeit und leichtes Ermüden stets nachgewiesen werden.

Der Verlauf ist stets chronisch, beträgt im Mittel 6—10 Wochen und endet gewöhnlich in Heilung, die freilich sehr leicht durch Rückfälle, besonders im Frühjahr oder zur Jahreszeit des erstmaligen Beginnes unterbrochen wird. Selten sind die tödtlich endenden Fälle, in welchen die Convulsionen bis gegen Ende fortwährend an Heftigkeit zunehmen, schliesslich auch Temperatursteigerung eintritt, oder der Tod nach längerem Koma erfolgt, selten auch ist das Stationärwerden des Krampfzustandes, stets zugleich mit Abnahme der Intelligenz.

In tödtlich endenden Fällen fand man Hirntuberkeln, Hypertrophie des Zahnfortsatzes, chronische Meningitis, partielle Hirnhypertrophie, Erweichung; aber das Alles kann nur als Beweis dienen, dass bei und neben den verschiedenartigsten Hirnkrankheiten der Symptomencomplex der Chorea vorkommen kann. Bindesubstanzwucherung an Hirn und Rückenmark (Rokitansky) mag vorkommen, aber in zu grosser Allgemeinheit darf man dieses strittige Object auch nicht als Sündenbock für unklare Nervenkrankheiten gelten lassen. Zudem weisen die genauesten mikroskopischen Untersuchungen (Meynert) mehr auf irritative Vorgänge an den Nervenzellen im Grau der Centralganglien hin. Ein Befund drängt sich immer mehr in den Vordergrund, der der Endokarditis Vv. mitralis. So hat ein Beobachter (Ogle) unter 16 tödtlichen Choreafällen 10mal Wucherungen an dieser Klappe beschrieben. Vom linken Herzen führt aber nur eine gebahnte Strasse Krankheitsursachen zum Hirn, die der Körperarterien. In der That hat Klebs für kleinste Hirn-, Pepper für Rückenmarks-Arterien capillare Embolie nachgewiesen. Für eine Reihe von Fällen, für welche embolisches Material im linken Herzen nachgewiesen wurde, oder sonstwo nachgewiesen wird, muss man capillare Embolie der grossen am Boden der Seitenventrikel gelegenen Ganglien als Grund der Chorea betrachten (Hughlings Jackson). Damit stimmt der halbseitige, häufiger rechtsseitige Beginn, die Analogie des Krampfbezirkes mit dem paralytischen der Embolie der Arteria fossae Sylvii, z. B. das stärkere Betroffenwerden der Hand als des Fusses, die allmählige Entwickelung der Krankheit. Dann erklärt sich der häufige negative

Befund aus der Kleinheit der Läsion. Damit ist aber nicht gesagt, dass alle Choreafälle aus capillarer Embolie erklärt werden sollen oder auch nur können. So wenig als alle Magengeschwüre aus Embolie hervorgehen, werden es alle capillaren Nutritionsstörungen des Streifenhügels und Linsenkernes müssen. Bei Anämischen wird fettige Entartung der Arterienwand Ursache sein können, dort, wo Schreck die Krankheit bewirkte, vielleicht capillare Extravasation. Drängt auch Vieles dahin, den Sitz des Leidens in die Coordinationscentra (Cyon) im Hirn oder in deren Verbindung mit den Organen des Willens (Klebs) zu verlegen, so gibt es doch auch zwingende Thatsachen, die dem Rückenmarke eine wichtige Rolle zuweisen. So berichtet Brown-Sequard, dass choreakranke Hunde nach Durchschneidung des Rückenmarkes mit der hinteren Körperhälfte zu zucken fortfahren.

Eine starke Prädisposition für die Krankheit liefert das weibliche Geschlecht (4 : 1), das kindliche Alter besonders von 6 — 14 Jahren, späterhin die Schwangerschaft. Chorea ist schon bei Neugeborenen (E. H. Richter) und Kindern von wenigen Monaten beobachtet worden. Sie entsteht oft im Winter und Frühjahr. Die Prädisposition kann ererbt sein, sie betrifft leicht Kinder nervöser Eltern. Als directe Ursachen lassen sich nachweisen: Verletzung oder Erschütterung des Kopfes oder Rückens, namentlich ein Fall wird mehrfach erwähnt, dann Schreck, Aengstigung, Furcht. Diese Fälle sind ziemlich selten, aber sehr beweisend, in denen unmittelbar nach einem ungeschickten Scherz, der einen Schreck einjagen sollte, nach einer Misshandlung oder dergl. Chorea ausbricht, die sogar noch oft speciell die Ursache abwehrende Bewegungen zum immer wiederholten Ausdrucke bringt. So machte ein herzkranker Knabe, der vom Sprungbrette ins Wasser gestossen worden war, noch oft Schwimmbewegungen in der sofort enstandenen Chorea. Hat in diesen Formen der Schreck durch verstärkte Herzbewegung bereitliegende Emboli losgerissen, oder wie sind sie anders begründet?

Aehnlich wirken starke Erkältungen, Durchnässungen. Eine besondere Kategorie bilden die reflectorisch erregten Fälle. Am Sichersten gekannt sind die auf Onanie und auf Wurmreiz beruhenden. Letztere kommen sowohl durch Taenia als durch Ascariden bewirkt vor und werden nur dadurch sicher gestellt, dass mit dem Abgange des Wurmes die Krankheitserscheinungen aufhören. Man sieht eine Reflexbeziehung zur Dentition darin, dass gerade vom zweiten Zahnwechsel an die Krankheit häufig wird. Die Reflex-

empfindlichkeit sensibler Nerven ist Symptom, nicht Grund der Chorea und eine kranke Constitution gehört schon immer dazu, wenn auf reflectorischem Wege Chorea entstehen soll. Die Entstehung durch Nachahmung, die oft eine ganze Schule, jugendliche Fabrikbevölkerung oder ein Waisenhaus ergreift, ist nicht in Abrede zu stellen, freilich auch nicht zu erklären. Namen, wie »nervöse Contagion«, hindern die Einsicht, anstatt sie zu fördern.

In diagnostischer Hinsicht handelt es sich um die Unterscheidung der Krankheit von organischen Hirnkrankheiten, von Eklamsie und von durch üble Angewöhnung bedingter Muskelunruhe. Auch mit functionellen Krampfformen kann sie verwechselt werden. Sodann sind die Ursachen der Krankheit festzustellen. In dieser Beziehung kann man unterscheiden:

1) Symptomatische Chorea, abhängig von groben, materiellen Hirnkrankheiten. Dauernd halbseitige oder noch partiellere Chorea, verbunden mit Lähmungen, mit starkem Kopfschmerz, Störung der Intelligenz mit epileptischen Anfällen gehört in diese Abtheilung. Viele dieser Fälle werden eine bessere Benennung als die nur einem Symptomencomplex entsprechende erhalten können.

2) Chorea der Herzkranken. Ich ziehe bei der jetzigen Sachlage diese Bezeichnung der der Chorea rheumatica vor. Hieher gehören Fälle, die kurz oder lang nach acuten Rheumatismen entstanden sind, wie solche namentlich den französischen Beobachtern viel vorzukommen scheinen, solche nach chronisch und latent entstandener linksseitiger Endokarditis — sie bilden bei uns die Mehrzahl — bei angeborenen Klappenfehlern mit hinzugetretener Endokarditis, nach Scarlatina, Pneumonie und anderen acuten Krankheiten. Die seitherigen Erfahrungen erweisen schon, dass in manchen Fällen recente Endokarditis auch bei sorgfältiger Herzuntersuchung nicht erkannt werden kann, dies ist indess Ausnahme und darf von der genannten Untersuchung niemals abhalten.

3) Chorea reflectoria, deren Ausgangspunkt besonders im Bereiche der Verdauungs- und Genitalorgane zu suchen ist.

4) Chorea idiopathica, umfassend die auf chronischer Ernährungsstörung, Anämie und den genannten Gelegenheitsursachen beruhenden Fälle.

Die Prognose ist günstig, soweit nicht schwere Hirn- oder Herzhrankheiten zu Grunde liegen und insofern die allermeisten Fälle zur Heilung gelangen, nur wenige tödtlich enden oder unheilbar

sich gestalten. In nervös disponirten Familien, wo Epilepsie, Geisteskrankheit, Diabetes in der Anamnese vorkommen, sind die Aussichten schlimmer. Die Heilung erfordert immer einige Wochen Zeit. Recidive sind in allen Fällen zu fürchten.

Die Behandlung muss zunächst allen angreifbaren Krankheitsursachen gerecht werden. Namentlich bei Chorea reflectoria kann es gelingen, durch Anthelminthica, Emmenagoga u. dergl. Erfolg zu erzielen, aber gewöhnlich sind die Versuche in dieser Richtung erfolglos. Ganz allgemein muss Choreakranken viel Aufenthalt im Freien, kalte Waschung, Enthaltung von geistigen Anstrengungen, auch vom Schulunterrichte, reichliche kräftige Nahrung empfohlen werden. Sehr oft führt die Behandlung mit Eisen, namentlich Ferr. carbonicum in grossen Dosen, oder mit Leberthran zum Ziele. In vielen anderen Fällen sucht man Hilfe bei den narkotischen und den specifischen Mitteln. Von ersteren sind so ziemlich alle probirt und empfohlen worden. Hervorzuheben sind etwa das Atropin, Curare subcutan, Calabartinktur (zu grm. 0,5—1 2—3mal täglich), Eserin (Bouchut) und Chloralhydrat. Von kleineren Dosen (grm. 0,25) des letzteren habe ich die besten Erfolge gesehen. Als specifische Mittel werden empfohlen: Zinc. oxyd. album, Anilinum sulfuricum, Strychnin, Kal. bromatum, Argentum nitricum, Schwefelbäder. Gegenüber den verschiedenen hier angeführten Narcoticis und Nervinis hat in neuerer Zeit das Arsen sich besonders Vertrauen erworben. Man gibt meist Solut. arsenic. Fowleri zu 2—6 Tropfen 2—3mal täglich. Das Mittel muss verdünnt unmittelbar nach dem Essen genommen werden, nie bei leerem Magen. Bei Eintritt von Appetitlosigkeit, Kratzen im Halse, Hyperämie der Conjunctiva, Herpes u. a. Symptome leichtester Arsen-Intoxication muss das Mittel auf einige Tage ausgesetzt, dann in kleineren Dosen wieder begonnen werden. Benedict findet die Galvanisation längs der Wirbelsäule mit aufsteigendem Strome nützlich, Andere empfehlen Gymnastik. Die Anwesenheit einer Herzkrankheit würde mich nicht, wie manche wollen, zum Digitalis-Gebrauche veranlassen, höchstens zur Anwendung kalter Umschläge auf die Herzgegend, zur Verabfolgung von Chloralhydrat, neben Eisen oder Eisentinktur mit Kirschlorbeerwasser. Atropin, das durch Vaguslähmung die Herzthätigkeit beschleunigt, würde unter solchen Umständen am Wenigsten anwendbar sein.

Zwangsmassregeln sind stets bei diesen Kranken schlecht angebracht, vor Verspottung und jeder sonstigen unangenehm berühren-

den Berücksichtigung sind sie sorgfältig zu bewahren. Geistige Anregung, liebevolle, mindestens humane Behandlung, gute körperliche Pflege tragen mächtig bei zur Erlangung therapeutischer Erfolge.

IV. Chorea magna.

Grosser Veitstanz, Ch. germanorum.

C. E. Wicke: Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes und der unwillkührlichen Muskelbewegungen. Leipz. 1844.

Skoda: Bemerkungen über Chorea magna. Allg. Wien. meg. Zeitung 1858. Nr. 36.

Stunde: Somniatio convulsiva. Petersburger med. Zeitschr. 1864. 12.

Leube im Arch. f. klin. Medicin VI. p. 273.

Mosler: Ueber Ch. germanorum vor dem Eintreten der Menses. Deutsche Klinik 1860. Nr. 30.

F. Roth: Chorea magna. Bayer. ärztl. Intelligenzblatt 1863. 9.

Während der kleine Veitstanz eine rein motorische Erkrankung darstellt, kommen beim grossen Veitstanz zu den Bewegungsstörungen psychische hinzu. Das Krankheitsbild ist ein mannigfaltiges, oft nicht scharf abzugrenzen von epileptischen Anfällen und tobsüchtigen Zuständen, manchmal untermengt mit vorübergehenden Lähmungen und schlagartigen Anfällen, mit Zügen aus den Bildern der verschiedenartigsten Nervenkrankheiten, namentlich der Hysterie, der Paralysis agitans. Die grösste Häufigkeit der Krankheit fällt in die Zeit der beginnenden Pubertät überhaupt zwischen das 10. und 20. Lebensjahr. Mädchen sind weit häufiger als Knaben betroffen. Viele stammen aus nervösen Familien, waren zuvor schon kränklich; aber auch ganz robuste Bauernkinder können daran leiden. Als Ursache werden bisweilen Erkältungen, heftige psychische Eindrücke, Ausbleiben der Menses angesehen, auch Wurmreiz wird beschuldigt. In einzelnen Fällen gehen ebenso wie bei Chorea minor Rheumatismen und Herzkrankheiten voraus.

Den Beginn der Krankheit bilden verschiedenartige unbestimmte, schwer zu deutende Nervenerscheinungen mit auffälliger Veränderung des gesammten geistigen Verhaltens, manchmal sind es Krämpfe nach Art der gewöhnlichen Chorea, apoplektische oder epileptische Anfälle, Zustände von Schlafsucht, Schüttellähmung u. s. w. Dann treten Krampfanfälle plötzlich hervor oder bilden sich allmählig aus, die den Typus der Krankheit vollständig repräsentiren. Sie dauern ¼ bis mehrere Stunden, kommen regelmässig auf Tag und

Stunde, namentlich oft täglich zur Nachmittagszeit, oder wiederholen sich nach unbestimmten Zeiträumen. Ihren Beginn machen schlummersüchtige, tobsüchtige oder krampfhafte Zufälle, dann tritt ein übererregtes Sprechen, Predigen, Lachen, Gesticuliren, Springen, Tanzen hervor, Manche scheinen fliegen oder schwimmen zu wollen. In diesem Zustande äussert sich eine geistige Concentration, die einerseits ganz ungewöhnliche Leistungen an Redefluss, Combination und Sprachweise gestattet, anderseits eine Art von Unempfindlichkeit der Körperoberfläche und der Sinnesorgane, die häufig beobachtet wird, erklärt. Nach dem Anfall scheinen die Kranken kaum ermüdet und zeigen bald normales Verhalten, bald noch verschiedene Symptome nervöser Erkrankung. Die Dauer der Krankheit beträgt immer Wochen und Monate. Tödtlicher Ausgang ist äusserst selten, wohl aber bleiben Viele hysterisch, epileptisch oder geisteskrank.

Die Unterscheidung der Krankheit von absichtlichen Täuschungen, die Unterscheidung dessen, was innerhalb der vorkommenden Erscheinungen wahr, und was Uebertreibung und hinzugefügt ist, kann grosse Schwierigkeit machen. Seitdem ich gesehen habe, wie der anerkannte Scharfsinn eines Gelehrten, der gerade auf dem Felde der Nervenkrankheiten die bedeutendsten Arbeiten geliefert hat, in einem solchen Falle aus gemeinen Motiven in plumper Weise wochenlang getäuscht wurde, habe ich die Richtigkeit des Grundsatzes kennen gelernt: Alles, was an solchen Kranken nach dem jetzigen Stand unserer physiologischen Kenntniss n i c h t zu erklären ist, für unwahr zu halten und alle Fälle, die Unerklärliches liefern, ganz und gar der Simulation verdächtig zu halten. Das Hereinspielen von Somnambulismus, thierischem Magnetismus, ist besonders geeignet, Schwachsichtige zu blenden.

Ausser den zahlreichen simulirten Fällen, die vorkommen, kann man solche unterscheiden, die mit Herzkrankheiten, mit Epilepsie, mit Geisteskrankheit und mit vorzeitiger Hysterie in naher Beziehung stehen. Am Besten begründen lässt sich die Enstehungsweise der Fälle, in welchen über den gewöhnlichen Bezirk ausgedehnte capillare Embolieen zu den krampfhaften Störungen der gewöhnlichen Chorea psychische Störungen hinzufügen; wo also gleichsam nicht allein der Seh- und Streifenhügel, sondern auch die Rinde des Grosshirns choreakrank wird.

Die Behandlung muss zunächst auf die Ursachen gerichtet sein. Jeder Simulation, Uebertreibung, selbst schon Ostentation muss man

ernst entgegentreten, Herzkrankheiten, Anämie, Krankheiten der Geschlechtsorgane sind entsprechend zu behandeln. Mosler heilte z. B. durch ein auf Hervorrufung und Regulirung der Menstruation hingerichtetes Verfahren einen Fall. Sonst werden Arsen, Eisen, bei typischem Verlaufe Chinin in grossen Dosen (Skoda) empfohlen. Benedict heilte durch Curare und Galvanisation 2 Fälle, fand übrigens in anderen die Elektricität unanwendbar. Auch von Bromkalium werden Heilungen berichtet.

V. Eklampsie.

Convulsionen, Fraisen.

Bohn: Jahrb. f. Kinderkrankheiten III. 1. p. 66.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 86.
R. Demme: Zur Kenntniss und Behandlung der chronischen Eklampsie und Epilepsie des Kindesalters. Jahrb. f. Kinderkrankh. VIII. 113.

Krampfanfälle kommen um so häufiger vor, je jünger die Kinder sind. Wenn diese Anfälle allgemeine klonische Krämpfe darstellen und mit Bewusstlosigkeit verbunden sind, wenn sie demnach dieselben Charaktere tragen, wie die epileptischem Krämpfe, jedoch vereinzelt, ohne eine fortlaufende Reihe zu bilden, so bezeichnet man sie als Eklampsie. Die physiologische Begründung beider, der eklamptischen und der epileptischen Krämpfe, ist ohne Zweifel die gleiche. Sie entstehen von dem im Pons gelegenen Krampfcentrum aus durch Hirnanämie. Nur in dem Habituellwerden der Epilepsie, das möglicherweise in den von Schröder van der Kolk nachgewiesenen Gefässerweiterungen des verlängerten Markes seine anatomische Begründung findet, liegt der Unterschied.

Bei den Sectionen derer, die an Eklampsie gestorben sind, finden sich neben den verschiedenartigsten Veränderungen, die der Schädelinhalt und entfernte Organe in ganz unregelmässiger Weise darbieten können, ziemlich häufig Oedem und venöse Hyperämie des Gehirnes, sowie kleine Extravasate an den Hirnhäuten oder der Grosshirn-Oberfläche vor.

Man pflegt primäre oder idiopathische, secundäre oder sympathische und symptomatische Eklampsie zu unterscheiden, je nachdem der Krampfanfall bei zuvor gesunden Kindern, im Zusammenhang mit anderen Krankheiten oder als Symptom einer Hirnkrankheit auftritt. Die primären Fälle sind meistens reflectorisch erregt:

Wurmreiz, Zahnreiz. Nierensteine, eine zufällig in die Haut eingestochene Nadel, ein heftiger Gemüthseindruck rufen reflectorisch denjenigen Hirnarterienkrampf hervor, der der Anämie zu Grunde liegt. Bei bestehender Blutarmuth wird besonders leicht der genügende Grad von Hirnanämie erreicht werden. In manchen Familien ist der Reflexmechanismus, der der primären Eklampsie zu Grunde liegt, besonders stark ausgebildet. So erklärt sich das hereditäre Vorkommen der Krankheit. Durch Rachitis und Diarrhöe geschwächte Kinder werden leichter als andere betroffen. Zu den primären gehören auch die durch Intoxication (Blei, Alkohol, Kaffee) hervorgerufenen. Die secundären Formen können eine verschiedene Bedeutung haben, so vertritt bisweilen ein Krampfanfall den sonst acute Krankheiten einleitenden Frostanfall. Der Frost ist Folge allgemeinen Arterienkrampfes, der Krampfanfall speciell des Hirnarterienkrampfes. Besonders bei Intermittens, Pneumonie, Pleuritis liefert häufig der Anfang des Fieberanfalles diesen von Trousseau zuerst erkannten Vertreter des Frostanfalles. In anderen acuten Krankheiten führen Stickanfälle die arterielle Anämie des Gehirnes herbei, so bei Keuchhusten, Pneumonie, Croup, Masern. Anderemale sind es die fieberhaften Veränderungen der Blutmischung, denen die Schuld beizumessen ist, so in den schweren Scharlachfällen, dem Typhus u. s. w. In diese Kategorie gehören auch die meisten kurz vor dem tödtlichen Ausgange acuter Krankheiten auftretenden Krampfformen. Endlich tritt die Eklampsie als Symptom verschiedenartiger raumbeschränkender Hirnkrankheiten auf: der Hämorrhagie, Meningitis, Geschwulstbildung etc. Interessant und einen wahren Experimentalbeleg für diese Entstehungsweise abgebend ist die Erfahrung Elsässer's, dass mitunter durch Druck auf das weiche Hinterhaupt Rachitischer sich eklamptische Anfälle künstlich hervorrufen lassen. Bei dieser symptomatischen Eklampsie der Hirnkranken muss dann immer noch der langsam herangewachsene Hirndruck momentane Steigerungen erfahren, die auf Fluxion, auf serösem Erguss und dergl. beruhend, die kranken Theile so zur Schwellung bringen, dass die gesunden vollends blutarm werden. — Wenn mitunter nach Anfällen primärer Eklampsie Lähmungen zurückbleiben oder Contracturen, so ist dies durch während des Anfalles entstandene Extravasate oder Erweichungsheerde zu erklären. — Zu den symptomatischen kann man auch jene Eklampsieen rechnen, die bei Kranken mit diffuser Nephritis auftreten. Nicht allein die nach Scharlach auftretenden mehr parenchymatösen und mei-

stens durch diese ätiologische Beziehung und vorhandenen Hydrops genügend gekennzeichneten Nierenerkrankungen, sondern auch sehr latent verlaufenden eigentlich interstitiellen Entzündungen können, sei es durch Retention von Harnbestandtheilen, sei es durch Hirnödem eklamptische Anfälle hervorrufen. Dass bei aufmerksamer Harnuntersuchung sich oft dahin führende Anzeichen, besonders von Eiweiss, finden, ist von Cohen u. A. wiederholt gezeigt worden.

Kaum jemals beginnt ein Anfall plötzlich: es gehen demselben Zeichen voraus, welche auf eine Erkrankung und zum Theile auch schon auf die Eklampsie hinweisen. So findet man, dass mehrere Tage vorher der Schlaf unruhig wird, von öfterem Erwachen oder von unruhigen Beweguugen unterbrochen, beim Wachen die Stimmung, den Blick, den Gesichtsausdruck verändert, so dass sonst ruhige, gutartige Kinder jetzt missmuthig, ärgerlich, ja bösartig und dabei oft schläferig erscheinen, ihr Gesichtsausdruck eine gewisse Aengstlichkeit und Spannung zeigt, ihr Blick unruhig und stechend wird. Auch auf eine vollere, gespannte Beschaffenheit des Pulses hat man einigen Werth gelegt. Diese Veränderungen steigern sich, nachdem sie oft mehrere Tage bestanden hatten, gegen den Anfall hin, der Blick wird starr, das Colorit wechselt, wird blass oder flüchtig geröthet, die Haltung ändert sich, die Glieder werden oft einen Augenblick gestreckt oder der Kopf rückwärts gebeugt und in dem nächsten Momente beginnen die Wechselkrämpfe, welche bei vollständigen Anfällen die Muskeln des Auges, des Gesichtes, der Zunge, die Kaumuskeln, die meisten Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten, sowie namentlich auch jene der Respiration in ihr Spiel ziehen.

Während dieses Anfalles wird das Gesicht erst blass, dann bei längerer Dauer blauroth, der Puls zeigt sich in der Regel beschleunigt, in seltenen Fällen auch verlangsamt, die Respiration entweder einfach beschleunigt, oder in ihrem Rhythmus gestört, selbst auf Momente suspendirt in Folge des Ergriffenseins der Athemmuskeln. — Tritt dies ein, so sieht man entweder auf Momente Epigastrium und vordere Brustwand unbeweglich oder in lebhaften kurzen (für die Respiration unergiebigen) Zuckungen begriffen. Es erklärt sich daraus leicht, dass die eklamptischen Anfälle in asphyktische Zustände übergehen können. Am Auffallendsten und auch bei den partiellen Convulsionen ziemlich constant sind die Krämpfe an den Augenmuskeln, welche auch am Meisten dazu beitragen, die Phy-

siognomie der Kranken entstellt und widerwärtig erscheinen zu lassen. Rotationen der Bulbi sehr oft nach Oben, seltener nach Unten verbergen den Stern des Auges unter den Lidern, die Augäpfel divergiren und convergiren in mannichfachen Combinationen, oder sie bewegen sich zitternd nach Rechts und Links, die Pupillen wechseln ihre Weite mehrfach oder sie bleiben verengt oder erweitert, das Auge folgt starr und ausdruckslos den stürmischen Bewegungen seiner Muskeln, ohne dass der Blick an irgend einem Gegenstande haften könnte. Runzeln der Stirne, Verziehen der Mundwinkel nach den verschiedenartigsten Richtungen, Zuspitzen und Breitziehen des Mundes, mannichfache Grimassen zeugen von der Störung des Fascialis, Mastication, Vordrängen der Zunge von jener des Trigeminus und Hypoglossus, indess der veränderte, helle, hohe Schrei, der bisweilen ausgestossen wird, sowie vielleicht auch die zeitweise auftretenden apnoischen Zustände es nahe legen, dass auch die Bahnen des N. vagus nicht unbehelligt bleiben. Der Kopf wird bald nach rückwärts gezogen, bald abwechselnd nach den Seiten gedreht, die Extremitäten zeigen die mannichfachsten Formen der Wechselkrämpfe, an welchen bei unvollständigen Anfällen jedoch mehr die oberen als die unteren betheiligt zu sein pflegen, manchmal auch bei halbseitigen Krämpfen nur die einer Seite. Oft ist der Daumen, wie bei epileptischen Insulten, eingeschlagen, anderemale sind alle Finger ausgestreckt und zeigen bald pronirt, bald supinirt nach verschiedenen Richtungen hin, oder die geballte Faust schlägt ungemein rasch in der Luft oder auf den Decken herum. Der Rumpf kommt oft in rotirende Bewegungen oder Beugungen nach der Seite, oder erfährt auch bei halbseitigen Krämpfen erhebliche Locomotionen. — Der Verlust des Bewusstseins ist in vollständigen Anfällen auch vollständig, er wird erkannt an dem Verhalten des Blickes, an dem Ausbleiben der Reaction auf angebrachte Hautreize, an dem Verluste der Herrschaft über die Sphinkteren der Blase und des Mastdarmes, doch sollen auch bei sehr intensivem Auftreten der Krankheit manche die Sinne treffende Reize, z. B. Ammoniakdämpfe noch einige Reaction hervorrufen. Kinder im 5. bis 7. Lebensjahre können auch oft berichten, wie sie sich des Vorgefallenen nicht oder nur sehr undeutlich erinnern. Die Dauer eines Anfalles erstreckt sich auf wenige Minuten oder in gewissem Sinne auf mehrere Tage, nämlich in der Weise, dass während dieser ganzen Zeit der kleine Patient bewusstlos bleibt und zeitweise, z. B. je nach einigen Stunden auf's Neue von Convulsionen befallen

wird. Etwa in der Hälfte der Fälle bleibt ein Anfall vereinzelt, sonst pflegen sich deren binnen weniger Tage mehrere zu folgen, in andern Fällen freilich vergehen Monate und Jahre, bis ein neuer Anfall eintritt. Nachdem derselbe vorüber ist, zeigen die schlaffe Haltung, das abgespannte Gesicht, oft auch noch etwas soporöses Wesen und grosse Blässe des Gesichtes den Grad der Erschöpfung an. Nicht selten bleiben Muskelcontracturen, beschränkte Lähmungen, Schmerzen in einzelnen Gliedern, allein man will auch schon Extravasationen, Sehnenzerreissungen, Knochenbrüche als Folgen dieser Convulsionen beobachtet haben (Brachet). Eclampsieen geben häufig Veranlassung zu der Entstehung von Schicht- oder Perinuclearstaar. Horner sieht beide, Eclampsie und Staar, als abhängig von Schädelrachitis an. Der Tod ist kein ganz seltener Ausgang (bei Rilliet und Barthez 4 von 13, bei Bouchut 7 von 57); derselbe erfolgt entweder durch die Intensität der nervösen Störung rasch und plötzlich, oder er erfolgt auf suffocative Weise in Folge der Hemmung des Athmungsgeschäftes (mehrmals Scheintod).

Die causale Behandlung findet ihre wesentliche Aufgabe der Beseitigung peripherer oder auf innere Organe einwirkender Reize, welche den Convulsionen zu Grunde lagen. Diese können oft sehr handgreiflich sein (Verunreinigung oder Entzündung einer Hautwunde, Einstechen einer Nadel, heisse Zimmerluft, Magenüberladung), oder doch schwieriger nachzuweisen (Masturbation, Verletzung des Oesophagus durch eingeklemmte spitze Körper), oder völlig unzugänglich (Calculi renales, Helminthiasis). Man muss eben durch eine eingehende Besprechung mit den Angehörigen des Kranken Anhaltspunkte für die Beurtheilung des Anlasses der Krämpfe zu erhalten suchen und dann diesen entsprechend verfahren. So wird erzählt, dass das Entfernen einer Nadel, die in die Haut einstach, dass das Verbringen des Kindes in ein kühleres Zimmer genügten, um den Anfall kurz abzuschneiden. Anderemale, bei Ueberladung des Magens oder Genuss schwerer Speisen, kurz bei frischen Einwirkungen alimentärer Schädlichkeiten leisteten Brechmittel gute Dienste, bei mehrtägiger Retention des Meconiums Abführmittel; auch durch Anwendung der Anthelminthica bei Kindern, die schon öfter Würmer verloren hatten, will man Krampfanfälle beseitigt haben. Wo sich solche auffinden lassen, sind zunächst die causalen Indicationen zu erfüllen. Wo solche fehlen, handelt es sich darum, rein symptomatisch vorzugehen. Von rein symptoma-

tischen Mitteln bilden eine erste Gruppe: die kalten Umschläge auf den Kopf, Blutegel hinter die Ohren und die Compression der Karotiden (Trousseau). Bedenkt man, dass dauernder, lethal endender Sopor, zurückbleibende Lähmungen wesentlich von im Anfalle sich bildenden Extravasaten abhängig sind, so liegt darin schon ein Grund für diese Methoden. Natürlich sind sie nicht Mittel gegen die den Anfall einleitende Anämie des Gehirnes, diese würden sie im Gegentheile verschlimmern, sondern sie sind heilsam zu der Zeit, wo in Folge der Athmungsstörung unter Nachlass des Arterienkrampfes venöse Stauung eintritt und das Hinderniss für neue Belebung des Hirnes durch arterielles Blut bildet. In diesem Zeitraume sind wenigstens das erste und zweite der genannten Mittel oft von glänzendem Erfolge, während über den des dritten die ziemlich spärlichen Angaben verschieden lauten.

Eine zweite Gruppe bilden die eigentlich narkotischen Mittel, deren muskelparalysirende Wirkung hauptsächlich in Frage kommt. Atropin, Morphium, Opium, Hyoscyamusextract innerlich, erstere beide subcutan, dann das Chloroform zu Inhalationen sind viel angewandt worden. Letzteres Mittel und das Chloralhydrat haben einige besonders günstige Erfolge aufzuweisen. Amylnitrit?

Eine dritte recht bunte Gruppe von Mitteln, vielleicht die am Häufigsten angewandte, stellen die sogenannte Nervina dar; vorzüglich Zinkoxyd, Zincum valerianicum, Moschus, Valeriana, Asa foetida werden viel in Gebrauch gezogen. Jeweilig werden auch Jod, Mercurialien, Arsen versucht. Bei diesen handelt es sich um reine Glaubens- und Vertrauenssachen, nicht um erklärbare Wirkungen. Wo die Herzkraft erlischt, sind allerdings Wein, Mochus und ähnliche Excitantien indicirt.

Gegen die Wiederkehr der Anfälle ist, wo Anämie vorliegt, Eisengebrauch, in fieberhaften Krankheiten ein abkühlendes Verfahren durch Wärmeentziehung oder Chinin, Digitalis etc. angezeigt, Rachitis und andere Krankheiten, die sich ursächlich dazu verhalten, sind entsprechend zu behandeln. Reichliche Ernährung, Abhärtung durch kalte Waschungen, Behütung vor Erhitzung und Aufregung sind am Platze.

VI. Tetanie.

Arthrogryposis, Contractura artuum.

Rilliet et Barthez II. 484.

Trousseau: Medicinische Klinik des Hotel-Dieu übers. von Culmann. II. S. 155.

Wittmann: Beitrag zur Kenntniss der Contractura artuum. Jahrb. f. Kinderkrankh. V. 329.

Kussmaul: Zur Lehre von der Tetanie. Berl. klin. Wochenschrift 1872 Nr. 37.

Erb: Zur Lehre von der Tetanie nebst Bemerkungen über die Prüfung der electrischen Erregbarkeit motorischer Nerven. Arch. f. Psychiatr. und Nervenkrankh. Bd. IV. S. 271.

Riegel: Zur Lehre von der Tetanie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XII. S. 399.

Bouchut: Nature et thérapeutique de la tétanie ou Contraction des extremités chez les enfants. Gaz. de hop. 1876. 144.

Diese von Steinheim (1830), Dance (1831), dann von Tonnelé beschriebene Erkrankung ist in Frankreich von da an Gegenstand vielfacher Bearbeitungen gewesen, während man in Deutschland erst neuerdings begonnen hat, ihr mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Ihr wesentlicher Character besteht in minutenlangen bis mehrstündigen Contracturen gewisser Muskelgruppen der Extremitäten seltener des Rumpfes, die sich mit unregelmässigem Tagestypus wiederholen.

Die Befallenen können Erwachsene sein, unter diesen vorwiegend Frauen und darunter wieder Ammen. Kinder lassen jedoch häufiger diese Krankheitssymptome erkennen; sie können in jedem Lebensjahre betroffen werden, nach R. und B. ist jedoch das 1.—3. am stärksten bedacht. Schwächende Einflüsse jeder Art begünstigen den Ausbruch der Krankheit, bei Weibern die Lactation, bei Kindern Diarrhöe. Namentlich zuvor schon kränkliche, heruntergekommene Kinder werden durch Diarrhöe noch besonders disponirt. Während verschiedene acute Krankheiten Tetanie herbeiführen können, thun es doch vorwiegend die mit Diarrhöe verbundenen, so Typhoid und Cholera. Nach mehreren älteren Beobachtungen, sowie nach der von Riegel veröffentlichten aus meiner Klinik, können Entozoen die Ursache der Tetanie darstellen. Ein den Ausbruch wesentlich förderndes Moment liegt in der Einwirkung der Kälte. Nicht allein treten oft unmittelbar nach evidenten Erkältungen die ersten Erscheinungen ein, entfallen die meisten Erkrankungen auf die Winterszeit, sondern es werden auch als ganz gewöhnliche Erscheinung Rückfälle zur Winterszeit, Erkrankungen mit einer Art von winterlichem Jahrestypus erwähnt. Die Krankheit kommt oft mit Spasmus glottidis zusammen vor oder sie stellt dessen Vorläufer dar. Diese Beziehung verdankt sie den bei rachitischen Kindern vorwaltenden Schwächezuständen und Diarrhöen. Auch mit anderen con-

vulsivischen Zuständen kann sie sich combiniren z. B. mit Epilepsie. Epidemisches Auftreten wird öfter berichtet, so kürzlich aus einer Mädchenschule in Gentilly, doch soll es sich nach Hillairiet bei den Meisten um Simulation gehandelt haben.

Der Beginn erfolgt bald allmähig, so dass leichte Beugestellung einzelner Theile namentlich der Finger und Zehen nach und nach zunimmt, bald auch plötzlich in Form eines entwickelten Anfalles. Die oberen Extremitäten zeigen dann eine Beugung der Finger, die bald bis zur völligen Faustellung reicht, bald nur die Beugung durch die M. lumbricales bei eingeschlagenem Daumen repräsentirt, bald auch eine Trichterstellung der Hand. Antheil an der Contractur nehmen die Beuger der Hand in ausgesprochenem, M. Biceps brachii in geringerem Maasse. An den Füssen zeigt sich in absteigender Häufigkeit: Beugestellung der Zehen, Spitzfussstellung, Einwärtsdrehung der Sohle, Beugung im Knie. — Die Haut der Hände und Füsse ist oft glänzend und leicht ödematös. Pelzigsein, leichte Schmerzen kündigen den Anfall an. Kleine Kinder schreien vielleicht während des ganzen Anfalles. Die gebeugten Theile lassen sich nicht völlig gerade richten und kehren alsbald nach Nachlass des Zuges in ihre frühere Stellung zurück. Zum Theil haben die Beobachter ausdrücklich keine (Kussmaul), z. Th. eine ausgesprochene Steigerung des Krampfes (Wittmann) nach diesem Versuche beobachtet. Während des Schlafes wird bald Aufhören, bald Nachlass, öfter vollkommene oder theilweise Fortdauer des Krampfes berichtet. Nach Trousseau wirkte ein kaltes Fussbad erschlaffend auf die contrahirten Theile, andere Beobachter sahen während lauer Bäder Nachlass des Krampfes. Trousseau fand beim Anlegen einer Aderlassbinde, dass Druck auf die Hauptarterie eines Gliedes auch in der anfallsfreien Zeit den Krampf für dieses Glied hervorruft; das Gleiche will er bei Druck auf die Venen und Nervenstämme beobachtet haben. Während nun Kussmaul nur bei Druck auf die Arterien, Erb in seinem Falle gar nicht durch Druck den Krampf künstlich hervorrufen konnte, trat bei einem meiner Kranken jedesmal ebensogut wenn man auf den N. ulnaris, medianus drückte, wie wenn man die A. brachialis und natürlich die mit ihr verlaufenden Nerven comprimirte, der Krampf ein. Wo dieses Trousseau's'sche Zeichen überhaupt vorkommt, ist es sehr geeignet, längere Intermissionen von wirklicher Heilung zu unterscheiden. Erb hat in sehr exacter Weise nachgewiesen, dass die elektrische, sowohl galvanische als faradische Erregbarkeit der mo-

torischen Nerven beträchtlich erhöht ist. Die Anfälle können Minuten, bis zu einer Reihe von Stunden dauern, in den leichtesten Fällen sich auf die Beugung der Hand beschränken, oder in den schwersten auf die Rumpf- und Halsmuskeln überspringen, so dass sie dem Bild eines intermittirenden Tetanus nahe kommen. Die Muskeln der Extremitäten und des Stammes verleihen dabei durch ihre Starre dem Körper jene brettartige Steifheit wie beim echten Starrkrampf. Die Betheiligung der Brustmuskeln, des Zwerchfelles und Kehlkopfes bewirkt Athemnoth und Cyanose. Die Kaumuskeln, meist unbetheiligt, klemmen doch auch bei Einzelnen die Kiefer gegen einander. Das Bewusstsein ist frei. Die Stellung der Hände, vorzüglich der ganze Verlauf unterscheiden vom Tetanus. Die Krankheit verlauft langwierig, fieberlos, ohne besondere Zwischenfälle.

Pathologisch anatomische Befunde liegen nur spärlich vor. Trousseau fand einmal Hyperämie der Meningen, einmal unbedeutende Erweichung im oberen Theile des Rückenmarkes. Darauf hin lässt sich keine Deutung der Krankheit geben. Vom klinischen Standpunkte aus muss man die nachgewiesene gesteigerte Erregbarkeit der motorischen Nerven mit der in den meisten Fällen vorhandenen Anämie in Beziehung bringen und sich erinnern, dass unter diesen Verhältnissen es häufig Reizungen des Darmkanals sind, z. B. durch Würmer die reflectorisch den Krampf zu Stande bringen. — — Die Therapie muss vor Allem die nachweisbaren Ursachen benützen. Wo Würmer im Darmkanal nachweisbar sind, kann deren Abtreibung sich heilsam erweisen. Chronischer Darmkatarrh, Rachitis, müssen in geeigneter Weise behandelt werden. Wegen der Anämie bedarf man häufig der Eisenpräparate, in rein intermittirenden Fällen hat sich das Chinin einigemale bewährt. Wo ausnahmsweise Stuhlverstopfung vorkommt, können auch Abführmittel einen günstigen Einfluss auf die Krankheit ausüben. Von den krampfstillenden Mitteln sind vorzüglich zu empfehlen: Opium, Chloralhydrat, Bromkalium, Valeriana und Arsenik. In den meisten Fällen genügt der Gebrauch von Eisen und warmen Bädern, um Heilung herbeizuführen.

Contravoluntäre Contractur.

Hypertrophische spastische Spinalparalyse (Seeligmüller). Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie (Bernhardt).

J. Thomsen: Tonische Krämpfe in willk. bew. Muskeln in Folge von ererbter psychischer Disposition (Ataxia muscularis?) Arch. f. Psych. und Nervenk. VI. 702.

A. Seeligmüller: Tonische Kr. i. w. b. M. (Muskelhypertrophie?) D. m. Wochenschr. 1876. nr. 33 u. 34.
M. Bernhardt: Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie. (Ein selbständiger Symptomencomplex). Virch. Arch. Bd. 75. S. 516.

Nach mehreren früheren Andeutungen und Beschreibungen hat vorzüglich Thomsen die Aufmerksamkeit der Nervenpathologen einem in seiner Familie schon in mehreren Generationen erblichen Leiden zugelenkt, von dem seither noch mehrere Beispiele beschrieben worden sind.

Es handelt sich bei kräftig gebauten, mit etwas hypertrophischer, starke Vorsprünge bildender Muskulatur ausgestatteten Leuten um eine von frühester Jugend auf bestehende Störung der Muskelthätigkeit. Die gewollte Bewegung wird zuweilen durch starre Contractur der betheiligten Muskeln gehemmt und erst nach wiederholten Versuchen die Bewegung auszuführen, gelingt dies wirklich. Das Gehen kann unmöglich werden, so dass der Kranke beim Versuche hinstürzt und liegen bleibt bis der Krampf nachlässt. Der Gedanke daran kann den Krampf herbeiführen. Alle Muskeln können betroffen werden, oder bei manchen Kranken nur ein Theil; die Sphincteren von Blase und Rectum bleiben stets frei.

In einigen Fällen Seeligmüller's bewirkte mechanische Reizung z. B. Klopfen des Muskels starke, faradische Reizung langdauernde Contractur.

Es scheint eine Zeit Lebens bleibende Anomalie zu sein, deren Grund von Bernhardt in den Muskeln selbst, von Seeligmüller im Rückenmark gesucht, vielleicht auch in Anbetracht des Willenseinflusses, der Hervorrufung durch psychische Erregung, der Betheiligung der Gesichtsmuskeln (wenigstens bei Familie Thomsen) im Gehirne gesucht werden dürfte. —

d. Periphere Nervenkrankheiten.

I. Paralysis nervi facialis.

Mimische, Bell'sche Gesichtslähmung.

C. B. Duchenne: De l'électrisation localisée et de son application etc. Ed. II. p. 650.
H. Ziemssen: Die Electricität in der Medicin. III. Aufl. p. 74 u. f.
H. Ziemssen und A. Weisse: Die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit bei traumatischen Lähmungen. Arch. f. klin. Med. IV. p. 579.

F. Bärwinkel: Zur Casuistik der doppelseitigen Faciallähmungen. Arch. d. Heilk. VIII. 71.
E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. N. F. p. 114.
H. Roger: Ueber die Gesichtslähmung bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten XLII. p. 401.

Die Lähmung des 7. Nerven kann erfolgen 1) vom Gehirne aus, und zwar: a) mit Ausschluss der zum Sphincter palpebrarum und Corrugator gehenden Aeste von der Umgebung des Streifenhügels aus; b) mit allen seinen Aesten vom Pons und der Medulla oblongata aus. Dahin gehören besonders die doppelseitigen und die ungleichseitigen Gesichtslähmungen. 2) Extracerebral, aber intracraniell, dann ist der Acusticus mitgelähmt. Dahin gehören auch ungleichseitige Lähmungen (Extremitäten rechts, Facialis links), ausgezeichnet durch baldigen Verlust der elektrischen Contractilität an den gelähmten Gesichtsmuskeln. 3) In seinem Verlaufe durch das Felsenbein können verschiedene Ursachen lähmend einwirken, so wird angeborene Lähmung bei Unentwickeltheit des Gehörorganes beobachtet. Die verschiedensten eitrig zerstörenden Krankheiten des Felsenbeines können den Facialnerv erreichen, zerstören und dauernd, oder nur serös durchtränken und vorübergehend lähmen. Trifft die lähmende Ursache oberhalb des Ganglion geniculi, d. h. der Abgangsstelle des N. petros. superf. major, so wird der Levator veli palatini mitgelähmt, trifft sie unterhalb, so geht dieser frei aus. Fast alle sogenannten rheumatischen Paralysen gehören zu den im Felsenbein entstandenen. 4) An der Austrittsstelle aus dem Knochen (Foramen stylomastoideum) können Narben, Drüsengeschwülste, Druckwirkung der Zange bei Neugeborenen lähmend einwirken. 5) Innerhalb der Parotis kann eine grössere Anzahl von Facialästen durch Schwellung des Drüsengewebes, jenseits derselben können einzelne Aestchen durch Narben, Wunden oder dergl. leitungsunfähig gemacht werden.

Vom ätiologischen Gesichtspunkte aus lassen sich folgende Hauptformen hervorheben: 1) Die stets in wenigen Tagen heilende, stets halbseitige Lähmung der Neugeborenen, die durch Zangendruck bewirkt werden kann. 2) Die sogenannte rheumatische Faciallähmung, durch Zugluft, Durchnässung oder dergl. hervorgerufen, bei Kindern kaum seltener, als bei Erwachsenen, galt als Musterform rheumatischer, von der Haut aus an den motorischen Nervenenden bewirkter Lähmung, factisch aber wird sie von der Paukenhöhle aus am Stamm des Facialnerven, da, wo er zunächst deren Wand verläuft, bewirkt.

Man stellt sich vor, dass Blutung oder seröser Erguss in den Fallopischen Kanal den Nerv drücke. 3) Darnach unterscheidet sie sich von den vollständigeren und prognostisch ungünstigeren Faciallähmungen, die durch Vereiterung des Felsenbeines bewirkt sind. 4) Die unvollständige aber mit anderen Paralysen combinirte Cerebrallähmung.

Der Lähmung des siebenten Nerven können Vorboten vorausgehen: wenn sie vom Hirn aus erfolgt, Kopfschmerz und andere Hirnsymptome, wenn sie vom Felsenbein aus entsteht, Schwerhörigkeit oder Gehörstäuschungen. Ob der Lähmung Zuckungen im Facialgebiete vorausgingen, lässt sich in den wenigsten Fällen ermitteln. Die frische Lähmung lässt an den ruhenden Zügen fast keine Veränderung erkennen, Alles bleibt in seinem Gleichgewichte, das starke Fettpolster des Kindergesichtes trägt dazu bei, die Züge in gewohnter Lage zu erhalten, es verleiht denselben einige Steifung. Erst beim Lachen, Weinen, Sprechen, kurz bei irgend welcher stärkeren Thätigkeit der Gesichtsmuskeln sieht man eine Seite in Ruhe verharren, die andere sich normal bewegen, die Theile der Mittellinie etwas nach der gesunden Seite abweichen. Namentlich fällt es auf, dass die Züge um den Mund unbeweglich bleiben und dass die Lidspalte unter allen Umständen offen bleibt. Ausser der Lähmung sämmtlicher mimischer vom Facialis versorgten Gesichtsmuskeln kommen noch folgende Erscheinungen in Betracht: die Spitze der vorgestreckten Zunge sieht nach der kranken Seite. Der Grund liegt in der nach Lähmung des Stylohyoideus und hinteren Bauches des Digastricus mandibulae ungenügenden Fixation des Zungenbeines. Das Gaumenthor ist auf der kranken Seite niederer in Folge der Lähmung des Levator veli palatini. Die Uvula sieht meist mit ihrer Spitze nach der gesunden Seite. Die Absonderung der Parotis ist vermindert. Bei einem Erwachsenen, dem Röhren in die Ductus Stenoniani gesteckt waren, flossen auf der gesunden Seite vier Tropfen Secret aus, bis auf der kranken einer erschien. Die Geschmaksempfindung am Rande der Zunge ist vermindet durch Lähmung der Chorda tympani. Auch ohne Mitbetheiligung des Acusticus zeigen sich leichte Gehörsstörungen, namentlich schmerzhafte Empfindung bei starken hohen Geräuschen. Die Lähmung des Tensor tympani und Stapedius gibt Anhaltspunkte zur Erklärung.

Schon nach wenigen Tagen beginnt der Mundwinkel sich zu senken, die kranke Gesichtshälfte auch in der Ruhe glatt und ausdruckslos werden, das untre Augenlid vom inneren Winkel aus

vom Bulbus sich abzuheben, so dass die Thränen den wichtigeren unteren Thränenpunkt nicht mehr erreichen und über die Wange überfliessen. Diese Veränderungen gehen immer weiter, bis schliesslich nach Jahren die Mittellinie des Gesichtes dauernd nach der gesunden Seite verzogen ist, die Mundhälfte schlaff und halb geöffnet herabhängt, Augenbraue und Wangenfalten sich senken, das untere Augenlid ektropisch wird und die unbedeckte querelliptische Zone des Bulbus zu chronischer Entzündung mit Trübung der Hornhaut gelangt ist.

Das von Baierlacher, H. Meyer u. A. beschriebene verschiedene Verhalten der gelähmten Muskeln gegen den faradischen und galvanischen Strom lässt sich jetzt nach der Experimentaluntersuchung von Erb und Ziemssen auf folgende Sätze zurückführen: Ist ein mehrere Mmtr. langes Stück der Nerven zerstört, so schwinden galvanische und faradische Erregbarkeit von Nerv und Muskel in den nächsten Tagen und kehren erst nach Monaten, wenn überhaupt je, wieder. Nach starker Compression des Nerven schwinden für ihn beide Arten von Erregbarkeit, für die von ihm versorgten Muskeln nur die faradische, während die galvanische sich gesteigert erweist. Zudem wird die Zuckung langgezogen, träge und gleich oder stärker bei Anoden-Schliessung, wie bei Kathoden-Schliessung sein. Diese Uebererregbarkeit für den constanten Strom dauert so lange, bis die faradische wiederkehrt, vermindert sich in dem Maasse ihrer Zunahme. Beides, Nachlass der galvanischen Uebererregbarkeit und Wiederkehr der faradischen Erregbarkeit tritt um so früher ein, je geringer die Verletzung des Nerven war. — Ist die Lähmung intracerebral bedingt, so bleibt die Erregbarkeit von Muskel und Nerv erhalten. Es hat mich wiederholt überrascht, an den vom Trigeminus mit versorgten Muskeln, z. B. Buccinator bei completen, atrophischen, Jahrzehnte langen Lähmungen noch für den constanten Strom einige Reactionsfähigkeit zu finden. Für die Diagnose einer peripheren Erkrankungsstelle des Nerven sind von Bedeutung der Nerv. petros. superf. major, der, am Ganglion geniculi abgehend, den Levator veli palatini innervirt und die Chorda tympani, die kurz über dem Foramen stylomastoideum abgehend den Seitenrand der Zunge versorgt.

Die Prognose ist für die meisten Fälle, selbst für manche von Hirnerkrankung herrührende, nur nicht für die auf Caries des Felsenbeines beruhenden ungünstig. Bei rheumatischer Lähmung ist die Prognose günstig, wenn die electrische Erregbarkeit erhalten blieb,

ungünstiger, wenn die faradische Erregbarkeit der Muskeln ab und die galvanische zunahm (Entartungsreaction), am schlimmsten wenn beide erloschen sind.

Behandlung ist in manchen Formen unnöthig oder unmöglich, so bei Lähmung der Neugeborenen durch Zangendruck, oder bei angeborenem Defect des Gehörorganes. In prophylaktischer Beziehung ist die sorgfältigste Behandlung der Katarrhe des äusseren Gehörganges, wie sie so oft im Kindesalter vorkommen und namentlich auf acute Exantheme folgen, zu empfehlen. In frischen rheumatischen Formen ist die örtliche Blutentziehung am Processus mastoideus zu empfehlen, später die faradische oder galvanische Behandlung je nach dem Erfolg. Dabei darf weder Uebermüdung des Muskels noch Ueberreizung desselben erzielt werden. Erstere würde die Lähmung verschlimmern, letztere den Uebergang in Facialkrampf bewirken können.

II. Serratus-Lähmung.

Duchenne: De l'électrisation localisée. Ed. II. p. 770.
F. Neuschler: Ein Fall von Serratuslähmung. Arch. d. Heilk. III. p. 78.
Wiesner: Zur Pathogenese und Aetiologie der Serratus-Lähmungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. V. p. 95.

Ausser bei Erwachsenen aus den schwer arbeitenden Klassen, bei denen Traumata und Erkältungen, die den äusseren Theil der Supraclaviculargegend treffen, die Veranlassung abgeben, findet sich die Lähmung des Serratus anticus magnus bei Kindern von 8—14 Jahren mit einer gewissen Häufigkeit vor. Mädchen sind hier mindestens ebenso stark befallen als Knaben, während bei Erwachsenen das männliche Geschlecht entschieden prävalirt. Einmal war es schwere Arbeit, einmal ein Fall, dann übertriebenes Turnen, wodurch die Krankheit entstanden sein sollte, einmal folgte sie auf heftige Keuchhustenanfälle. Der Verlauf des N. thoracicus longus, der allein und nur den M. serratus a. magnus innervirt, durch den Scalenus medius und über dessen vordere Fläche lässt erwarten, dass er hier öfter mechanischen und rheumatischen Insulten ausgesetzt sei, und dass somit von hier aus periphere Lähmungen entstehen. Hie und da hat man auch cerebral bedingte, von Muskelatrophie ausgehende Formen beobachtet, letztere mit noch anderen Muskelatrophieen und Lähmungen combinirt, doppelseitig, während die gewöhnliche neuropathische Lähmung einseitig und zwar häufiger

rechts auftritt. Die Kennzeichen dieser Krankheit sind: wenn der Arm nach Vorne zu erhoben wird, dreht sich die Scapula um eine senkrechte Achse so, dass ihr innerer Rand flügelförmig von der Brustwand absteht. Gleichzeitig dreht sich ihr unterer Winkel der Wirbelsäule zu, während der obere innere sich davon entfernt. Der Arm kann ohne Beihülfe nicht höher als bis zur Horizontalen erhoben werden, er wird dagegen sofort mit Leichtigkeit hoch erhoben, wenn man die Scapula in ihre normale Stellung reponirt und in derselben zurückhält. Aehnliches Verhalten zeigt sich bei einer anderen Krankheit, der Contractur der Rhomboidei und des Levator anguli scapulae, der Antagonisten des grossen Säugemuskels. (Eulenburg.)

Im Beginne sind oft Schmerzen in der Oberschüsselbeingegend vorhanden, im weiteren Verlaufe verliert der Muskel seine faradische Erregbarkeit und atrophirt. Ist die Annahme der am Durchtritte durch den Scalenus medius bedingten Drucklähmung richtig, so muss auch hier für den Muskel eine Zeit der galvanischen Uebererregbarkeit bestehen.

Zur Behandlung hat man Vesicantien und Blutentziehungen im Beginne verwendet; sie werden am Besten über dem Schlüsselbeine angebracht werden. Später sind irritirende Salben, der constante und unterbrochene Strom und warme Bäder angewandt worden. Im Ganzen ist, wo der elektrische Strom nicht anspricht, die Aussicht auf Wiederherstellung des atrophischen Muskels gering.

III. Spasmus nutans.

Salaam-Krampf, klonischer doppelseitiger Accessorius-Krampf.

Romberg: Klinische Wahrnehmungen p. 56.
Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1861. p. 23 und Neue Folge. Berl. 1868. p. 102.
Bohn: Die Nervenkrankheiten der Kinder. Jahrb. d. Kinderheilk. N. F. III. 1. p. 57.
Schmidt's Jahrb. Bd. 67. p. 213, Bd. 74. p. 331, Bd. 72. p. 220.

Von Newnham wurde 1849 zuerst ein Krampf beschrieben, der bei Kindern ein pagodenartiges Nicken des Kopfes verursacht. Fast gleichzeitig beschrieb Faber (im Journal für Kinderkrankheiten 1850) solche Fälle, Romberg, Henoch, Ebert folgten, neuerdings hat Bohn in sehr lichtvoller Weise das Bild dieser Krankheit wieder gezeichnet.

Man muss zwei Formen der Krankheit unterscheiden, eine leichte und eine schwerere. Während die pathologische Anatomie noch gänzlich fehlt, so kann man nach den klinischen Erscheinungen vermuthen, dass die leichte Form einfacher Reflexkrampf, die schwerere nach Art einer meningitischen Erkrankung begründet sei. — Die Ursachen, die man angegeben findet, sind zu verschiedenartig, um von Werth zu sein. Es war einzelne Male ein Fall auf das Hinterhaupt, ein Fall ins Wasser vorangegangen, besonders oft gingen schwächende Krankheiten, Diarrhöe, Rachitis, Bronchopneumonie voraus, einmal auch bestanden neben Rachitis früher schon andere Krampfformen: Eklampsie und Spasmus glottidis. Man kann es als Ausnahme betrachten, wenn einzelne Kinder als vor diesem Leiden ganz gesund geschildert werden. Zwei Drittel der Erkrankungen fallen in das erste Lebensjahr, und davon wieder die meisten in den 6. bis 9. Monat. Unter den Fällen, welche ich auffinden konnte, betrugen die Altersgrenzen 3 Monate und 11 Jahre. In vielen der leichteren Fälle wurde aus dem Nachlasse aller Erscheinungen nach dem Durchtritte eines oder mehrerer Zähne auf reflectorisches Erregtsein des Krampfes durch Zahnreiz geschlossen. In einem Fall konnte Henoch reflectorische Entstehung von Pharyngitis chronica aus nachweisen.

In einem Theil der Fälle bildet das krampfhafte Nicken des Kopfes, gerade nach Vorn und wieder nach Rückwärts, mitunter auch im Anfang schief, nach einer Seite, die erste Erscheinung. Häufiger gehen andere Krampf- oder Lähmungsformen voraus, so Schluchzen, Erblindung, Nystagmus, Gesichtskrampf u. s. w. Erst nachdem diese einige Zeit gedauert, stellt Anfangs selten und gering, dann immer an Häufigkeit und Heftigkeit zunehmend, das pagodenartige Nicken sich ein. Es kam vor, dass der einzelne Anfall nur aus einer Verbeugung bestand, andererseits wurden 60, 80, selbst 100 in einer Minute beobachtet. Im Tage erfolgte manchmal nur eine geringe Anzahl von Anfällen, mitunter in jeder Stunde mehrere. Von dem leichten Nicken des Kopfes, das von Ebert nur auf die Sterno-cleido-mastoidei, von Romberg auch noch auf die Recti capitis bezogen wird, kann der Krampf sich auf einen grösseren Theil der Beuger und Strecker der Wirbelsäule ausdehnen. In einem Fall zog der Kranke in jedem Anfalle sich Verletzungen an Stirn und Lippen zu, weil diese Theile gegen den Boden gedrückt und gerieben wurden. Oft treten im Verlauf der Krankheit noch Krämpfe anderer Organe, z. B. der Armmuskeln hinzu. Die

Dauer erstreckt sich meistens auf Monate. In den leichten Fällen hört, nachdem die verschiedensten Arzneimittel vergeblich angewandt waren, der Krampf plötzlich von selbst auf, doch sind Recidive zu fürchten. In den schweren Fällen findet der Ausgang in Blödsinn, in Epilepsie, manchmal gleichmässig in geistige und körperliche Schwäche Statt. Die Prognose ist nur dort günstig, wo man es sicher mit einfachem Reflexkrampf zu thun hat, und zwar mit einem solchen, dessen Erregungsstelle der Therapie zugänglich ist. Sonst ist immer die Entwicklung schwerer, bleibender Nervenstörungen zu befürchten. Für die Behandlung sind noch keine sicheren Normen gewonnen worden. Bei Reflexkrampf muss man die erregende Ursache zu beseitigen suchen. In den übrigen Fällen passt ein gelinde antiphlogistisches Verfahren neben Anwendung beruhigender Nervina. Mit der Unkenntniss der eigentlichen anatomischen Vorgänge stimmt die seitherige Unsicherheit des therapeutischen Verfahrens überein.

IV. Neurotische Gesichtsatrophie.

S. Samuel: Die trophischen Nerven. Leipz. 1860. p. 274.
P. Guttmann: Ueber einseitige Gesichtsatrophie durch den Einfluss trophischer Nerven. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten I. 1 p. 173.
Hering: Arch. f. klin. Chirurg. 1867. IX. 1. p. 230.
Bärwinkel: Beitrag zu der Lehre von den neurotischen Gesichtsatrophieen. Arch. d. Heilk. IX. p. 151.
Lande: Essai sur l'aplaxie lamineuse progressive. Par. 1870.
H. Emminghaus: Ueber halbseitige Gesichtsatrophie. Arch. f. klin. Med. XI. 96.

Von 10 Fällen halbseitiger Gesichtsatrophie, die ich beschrieben finde, entstanden 8 innerhalb der 15 ersten Lebensjahre. Die Zeit ihrer Entstehung vertheilt sich auf das Lebensalter so:

Alter.	Zahl der Fälle.
—1	1
2—3	1
6—7	2
7—8	1
10—11	1
14—15	2
15—16	1
21—22	1

Acht betreffen Mädchen, nur zwei Knaben. Fast in allen

Fällen lassen sich Ursachen oder wenigstens Andeutungen solcher auffinden, so einmal Verbrennung der Gesichtshälfte (Hering), einmal ein schlagartiger Anfall (Parry) mit Anästhesie von Gesichtshälfte und Arm, Halsdrüsenscrophulose, suppurative Angina, Masern, Keuchhusten etc. Das überwiegende Befallensein des Kindesalters erklärt sich aus der allgemeinen Thatsache, dass Wachsthumshemmungen leichter entstehen, als Atrophieen ausgebildeter Theile. Die betroffene Seite war nur zweimal die rechte, achtmal die linke.

Die Ausdehnung der Atrophie betraf siebenmal das ganze Gebiet eines N. Trigeminus, einmal das des ersten, einmal das des zweiten, einmal das des zweiten und dritten Astes. Die Krankheit beginnt gleichmässig, so dass nach und nach die Kleinheit der einen Gesichtshäfte auffällig wird, oder sie beginnt fleckweise, es bilden sich blasse vertiefte Stellen, die um sich greifen, zusammenfliessen und schliesslich die ganze Gesichtshälfte einnehmen. Die Knochen bleiben kleiner, die Muskeln werden dünner, die Zungenhälfte schmäler, das subcutane Fettgewebe schwindet, die Haut selbst wird dünn und gespannt, das Auge sinkt in die Orbita zurück und erscheint kleiner. Die Lippe und Wange ist dünner, die Behaarung fällt aus, wächst dürftig oder ergraut vorzeitig. Die Mittellinie bildet die scharfe Grenze aller Veränderungen. Nach Oben können dieselben bis zur Höhe des Scheitels, nach Unten bis zur Hälfte des Halses sich forterstrecken. Sensibilität und Motilität sind unversehrt, nur ein Beispiel weist auf Reizung der motorischen, wenige auf Reizung der sensibeln Quintusfasern hin: In dem Falle von Axmann und Hüter bestanden Kaumuskelkrämpfe und Hyperästhesie des Gesichtes im Beginne. Das Verhalten der fühlbaren Hals- und Gesichtsarterien zeigt nichts Auffälliges. Derartige Kranke versicherten, sie würden gar keiner Störung gewahr, ausser beim Blicke in den Spiegel. Allen Beobachtern war der Ausdruck der ausgeprägten Fälle ein geradezu ergreifender: eine Seite des Gesichtes jugendlich und voll, die andere greisenhaft eingefallen und gerunzelt, mit vorzeitig ergrautem Haar.

In den meisten Fällen wurde, nachdem der Bezirk eines Quintus oder eines Quintusastes vollständig befallen war, das Leiden gänzlich stationär. Weder innere Mittel noch längere Faradisation oder Galvanisation hatten dauernden Erfolg. Letztere Behandlungsweisen liefern jedoch das interessante Resultat, dass sehr leicht fluxionäre Röthung der Haut entsteht. Obwohl dieses Resultat nach jeder Sitzung wiederkehrt, wird doch keine erhebliche Besserung selbst

durch monatelange Behandlung erzielt; Beweis genug, dass nicht Arterienverengerung, sondern andere feinere Einflüsse der neurotischen Atrophie zu Grunde liegen.

Analoge Störungen, neurotische Atrophieen sind mehrfach an anderen Stellen des Körpers, am Rumpfe sowohl als an den Extremitäten beobachtet worden. Ausserdem kommen Geschwürsbildungen (Fall von E. Wagner) und Dyschromasieen in solcher Verbreitung vor, dass ihre Begrenzung in bestimmten Nervenbezirken als Beweis ihrer neurotischen Entstehung betrachtet werden kann.

V. Halbseitige Hypertrophie.

Friedberg: Riesenwuchs des rechten Beines. Virch. Arch. XL. 353.
Trelat et Monod: De l'hypertrophie unilaterale ou totale du corps. Arch. gén. de méd. Mai, Juni 1869; Jahresb. über die Fortschr. 1869. 1. 174.
O. Passauer: Angeborene Hyperplasie der linken Gesichtshälfte. Virch. Arch. Bd. 37. S. 410.
Transactions of the path. Society XVIII. 1868. p. 284.
L. S. Little: Description of a foot malformed by enlargement of the inner half and deposition of fat. Transactions of the path. soc. 1867. XVII. 434.
S. Logan: Hypertrophy of the right half of the body in a child. New-Orleans Journ. of med. Oct. 68.

Nachdem schon früher Friedberg einige Fälle dieser Art gesammelt hatte, haben Trelat und Monod deren 12 zusammengestellt, dazu kommen noch 3 weitere*). Es handelt sich um eine Gruppe pathologischer Zustände, die sowohl nach der Ausdehnung des betroffenen Gebietes, als auch nach der Zeit ihres Entstehens keineswegs unter sich übereinstimmen.

Verhältnissmässig häufig begegnet man der Hypertrophie einzelner Finger und zwar kommt diese vor 1) angeboren bei gut gebildeten übrigen Fingern, 2) angeboren bei verbildeten übrigen oder selbst bei atrophischen übrigen Fingern und 3) erworben, namentlich bestimmt als solche in manchen traumatischen Fällen nachweisbar.

Mehr Uebereinstimmung zeigen die Hypertrophieen ganzer Extremitäten oder einer ganzen Körperhälfte, die wir hier hauptsächlich zu betrachten haben. Sie sind meistens in früher Jugend

---

*) Inzwischen sind von Witthauer in Eisenach in den Correspondenzblättern des A. Ac. Ver. f. Thüringen noch einige Fälle veröffentlicht worden.

aus unmerklichen Anfängen entstanden, so dass sie mit mehr oder weniger Recht als congenital bezeichnet werden. In einem Falle (Logan) wurde allerdings die Ungleichheit der beiden Körperhälften schon 12 Tage nach der Geburt bemerkt, in den meisten anderen erst nach einer Anzahl von Jahren. Sie ist niemals erblich, kommt öfter beim männlichen Geschlechte als dem weiblichen vor und betrifft in der Mehrzahl der Fälle die rechte Körperhälfte. Mehrmals kam das Uebel zugleich mit in früher Jugend entstandenen oder angeborenen Lipomen zusammen vor und zwar sowohl mit diffusen der Handteller und Fusssohlen als auch mit mehr circumscripten des Rückens oder der Brust. Alle Gewebe nehmen an der Hypertrophie Theil, am wenigsten das Unterhautfettgewebe. Die Extremität ist verlängert, plump und dick. Die Hypertrophie ist an den peripheren Theilen entwickelter als an den centralen, eine Zehe oder ein Finger ist vorwiegend betroffen. Wenn beide Extremitäten der Seite betroffen sind, nimmt auch der Rumpf in geringem Grade daran Theil, mitunter, wie in dem Falle von Logan, auch der Kopf. Manche Anzeichen in den genauer beobachteten Fällen deuten auf einen wesentlichen Antheil des Circulationsapparates an der Begründung des Leidens hin. So wird bei Friedberg's Krankem angegeben, dass nach dem öfteren Eintritte fieberhafter Erysipele der hypertrophische linke Arm jedesmal stärker gewachsen sei, Monod und Trelat fanden die Temperatur der hypertrophischen Seite in der Achselhöhle um 0,2 — 0,3, in der Leistenbeuge um 1 ° C. höher. Mehrmals wurde durch Messungen in langen Zwischenräumen erwiesen, dass es sich um eine, mehr als das normale Wachsthum betragen hätte, zunehmende Störung handelt. Bei höheren Graden des Leidens erwachsen den Betroffenen mancherlei Beschwerden: der hypertrophische Theil wird als ziehende Last empfunden, ist Sitz rheumatoider Schmerzen, ist durch seinen Umfang und seine Plumpheit für die Funktion hinderlich. Namentlich an der unteren Extremität kommt es vor, dass sie wegen ihrer Länge beim Gehen nicht in volle Streckung gebracht werden kann.

Wie die Ursachen und die Entstehungsweisen unbekannt sind, so ist auch die Therapie derselben noch zu machen. Manches weist darauf hin, dass in den rein halbseitigen Fällen in ähnlicher Weise eine Reizung in der Nähe der motorischen Centren, der grossen Ganglien vorliege, wie wir als Grundlage der halbseitigen Atrophie die Destruktion von Hirnsubstanz in der Gegend von Streifenhügel und Linsenkern kennen. Jedoch liegen positive Sectionsresultate z.

Z. nicht vor. — Man hat versucht durch Jodkalium, Karlsbader Salz, Galvanismus dem Wachsthum Einhalt zu thun, in einem Falle habe ich neben Galvanismus die Compression durch Binden angewandt, aber alles vergebens.

Während bei der halbseitigen Hypertrophie des Körpers der Kopf hie und da betheiligt ist, jedoch nur in geringem Grade, kommt auch eine angeborene ausschliessliche Hypertrophie einer Kopfhälfte vor, von der bis jetzt nur Friedrich zwei Fälle beschrieb. Der eine davon kam zur Section, ergab jedoch keinen diese Hypertrophie aufklärenden Befund.

VI. Multiple Neurombildung.

Lebert: Rapport sur le travail de M. Houel intitulé du neurome. Mémoires de la société de Chirurgie de Paris. T. III. p. 267.

R. W. Smith: A treatise on the pathology, diagnosis and treatment of neuroma. Dublin 1849.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. III. Vorlsg. 24.

Genersich: Multiple Neurome. Virchow's Archiv Bd. 49. S. 15.

C. Gerhardt: Zur Diagnostik multipler Neurombildung. D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXI. S. 268.

Nervengeschwülste können vorwiegend Ganglienzellen enthalten, oder markhältige oder graue Nervenfasern. Man unterscheidet darnach ganglionäre, myeline und amyeline Neurome. Die Geschwulst im Verlaufe des Nerven kann zu Stande kommen durch Vermehrung der Zahl der nervösen Elemente, durch Verbreiterung und namentlich Verlängerung (Rankenform) derselben, endlich durch Hypertrophie des zwischenliegenden Bindegewebes. Dieser letztere Fall scheint vorwiegend häufig in Frage zu kommen bei den multiplen Neuromen. Die Vielfachheit der Neurombildung kann nur an einem Nerven oder einem Zweige repräsentirt sein, oder an vielen cerebrospinalen und sympathischen Nerven auftreten. Das Gehirn wird sehr selten mitbefallen (Fall von Hesselbach), das Rückenmark findet sich schon öfter im Zustande secundärer Erkrankung, nämlich der Druckatrophie, bewirkt durch intraspinale Neurome der Wurzeln, wie sie namentlich am unteren Theile des Halsmarkes öfter auftreten. Bei Sectionen überrascht zumeist die Massenhaftigkeit und Grösse der inneren Neurome im Vergleich zu denen die am Lebenden gefühlt oder gesehen werden konnten. Selbst in parenchymatösen Organen (Lunge, Leber) kommen umfangreiche Neurome vor, in das Kehlkopfslumen können sie als kleine Geschwülste hereinragen.

Die bekannt gewordenen Fälle von multiplen Neuromen stammen aus den verschiedensten Ländern, Amerika, England, Frankreich, Italien. Verhältnissmässig viele kamen in Süddeutschland, hier in Würzburg allein 5 zur Beobachtung. Im Ganzen dürften zwischen 30 und 40 Fälle aufzufinden sein. Das männliche Geschlecht ist weit stärker betheiligt als das weibliche (22 : 7). Bei sehr vielen ist das Leiden ererbt, angeboren oder in sehr früher Jugend entstanden, oder doch in ererbter neuropathischer Diathese wurzelnd.

Man findet an der Körperoberfläche sehr viele, meist schmerzlose Geschwülste unter der unveränderten Haut gelagert, von der Grösse eines Waizenkornes bis zum Umfange einer Weiberbrust. Die kleineren davon, entschieden die Mehrzahl bildend, entsprechen mit der Richtung ihres längsten Durchmessers dem Längsverlaufe der Nerven. Oft sitzen so viele rosenkranzförmig längs eines Nerven, dass sich ihre Zugehörigkeit sofort erkennen lässt. Sie sind sämmtlich in der Längsrichtung ihres Nerven weniger verschiebbar, als in die Quere. Druck auf einzelne Neurome kann Schmerz bis in die Peripherie (Temoin) oder Zuckung an zugehörigen Muskeln bewirken (Smith), oder Druck auf den eintretenden Nerven kann ein spontan schmerzendes Neurom schmerzfrei machen (Aronssohn).

Die Diagnose ist öfter gesichert worden durch die Exstirpation eines solchen kleinen Tumors, der dann zur microscopischen Untersuchung verwendet werden konnte.

Ich glaube an meinem Falle gezeigt zu haben, dass man durch die Electropunktur motorischer Neurome und durch die Auslösung von Zuckungen des zugehörigen Nerven mittelst ganz schwacher Ströme die Natur der Geschwulst feststellen kann.

Sehr grosse Neurome finden sich mit Vorliebe an der Hüfte, nächstdem an der Schulter und am Hals.

Die Funktion der befallenen Nerven wird meistens durch das Neurom in keiner Weise beeinträchtigt. Am ersten noch stellt sich nach längerem langsamerem Anwachsen der Geschwulst spinale Hemiplegie, wie sie von Brown-Sequard beschrieben wurde, oder Paraplegie ein, bedingt durch den Druck intraspinaler Neurome auf das Rückenmark. Rascheres Wachsthum der Neurome ist öfter durch Erkältungen bewirkt, hie und da auch nach Exstirpation einzelner Neurome beobachtet worden. Die Resistenz dieser meist geistig beschränkten, oft noch mit anderen Nervenkrankheiten behafteten Kranken gegen andere Erkrankungen ist eine auffällig ge-

ringe. Mehrere starben an Phthise, an Decubitus, fünf d. h. etwa ein Siebentel der Fälle an Abdominaltyphoid. Directer scheinen die Neurome an dem Ausgange betheiligt bei Jenen, die unter tetanusartigen Erscheinungen zu Grunde gingen und bei solchen, die mit sehr entwickelten Neuromen der inneren Organe behaftet, durch Diarrhöen marantisch wurden. Die meisten Kranken erreichten das Alter zwischen 20—40 Jahren.

Die Therapie ist bis jetzt auf ein rein symptomatisches Vorgehen angewiesen. Wirksame Mittel besitzt man zur Zeit so wenig gegen diese, wie gegen die verwandten Erkrankungen der Nervencentralorgane gegen das Gliom und die Sclerose.

VIII.

Krankheiten der Bewegungsorgane.

I. Rheumatismus articulorum acutus.

J. L. Staeger: Rheumatismus acutus bei Säuglingen. Journ. f. Kinderkrankheiten XVI. 405.
C. Picot: Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants. Par. 1873.

Der acute Gelenkrheumatismus findet sich im Kindesalter weit seltener als bei Erwachsenen vor und zwar um so seltener, je jünger die Kinder sind. Zwar sind von Staeger Fälle im Alter von 9 W. und von 7 M. beschrieben, doch zeigt sich die Krankheit erst vom 7. Jahre an mit einiger, gegen die Pubertät hin zunehmenden Häufigkeit. Der Beobachtungsort scheint einigen Unterschied in dem Vorkommen zu bedingen, wenigstens habe ich weit geringere Frequenz im mittleren Deutschland gefunden, als die von einigen französischen und englischen Beobachtern angegebene. Mit auffallender Häufigkeit lässt sich nachweisen, dass die Eltern an dem gleichen Uebel gelitten haben, so bei Picot unter 26 F. 14male, bei Fuller unter 15 F. 8male, also in mehr als der Hälfte der Fälle kann hereditäre Disposition von Einfluss gewesen sein. Als Ursachen werden Erkältungen angeschuldigt. Ausserdem spielen einige Infectionskrankheiten: Scharlach, Diphtherie, in geringem Masse Ruhr, Cholera eine bemerkenswerthe Rolle in der Genese der Rheumatismen. Einige Tage nach dem Ausbruche des Scharlachexanthemes, dem Entstehen der diptheritischen Auflagerung, öfter nach Abheilung des eigentlichen Krankheitsprozesses treten Gelenkentzündungen an den mittleren Gelenken ein von ziemlich fixem Charakter, die Endocarditis, Pericarditis, Chorea u. s. vermitteln können. Auch bei phlegmonöser Angina und Bronchiectasie kommen

secundäre Gelenksrheumatismen vor. Es scheint, als ob bei Eiterungen an Schleimhäuten eine autochthone purulente Infection stattfinden könne, die sich als Gelenksrheumatismus äussert. Diese Anschauung lässt sich gut in Beziehung bringen mit der von Einigen angenommenen mycotischen Entstehungsweise von Gelenksrheumatismus und Endokarditis. Ausserdem sieht man bisweilen derartige secundäre Gelenkentzündungen, die ich unter dem Namen der rheumatoiden zusammenfassen möchte, bei Hydrargyrose und Jodismus, bei der Bluterkrankheit und im ersten Stadim der Addison'schen Krankheit.

Die Entzündung eines Gelenkes schon kann, wenn sie ohne traumatische Veranlassung erfolgt, geringe örtliche Veränderungen setzt, dagegen mit Entzündungen an inneren Organen sich verbindet, mit Sicherheit als rheumatische anzusprechen sein. Dieser monarticulare Rheummatismus ist im Kindesalter nur sehr selten. Royer hat ihn einmal an einem Knie localisirt gesehen.

Die ersten Symptome des polyarticularen Rheumatismus äussern sich als Schmerz, Röthe, Schwellung und Hitze an einem oder einigen Gelenken. Die erstbefallenen pflegen die grossen Gelenke der unteren Extremität zu sein. Der Schmerz wird hauptsächlich durch Einwirkung von Druck oder Bewegung auf das befallene Gelenk hervorgerufen oder empfindlich gesteigert. Die Entzündung befällt regellos eine Anzahl von Gelenken seltener so, dass sie das eine verlässt und auf das andere überspringt, meist mehrere zugleich. Die kleinen Gelenke der unteren und oberen Extremität kommen seltener an die Reihe, noch seltener Gelenke der Wirbel, des Sternum's, des Unterkiefers, Symphysen. Auch das begleitende Fieber folgt keinem bestimmten Typus. Es ist meist stark remittirend und nicht sehr hoch und in soferne nicht ganz irregulär, als es mit dem Erkranken neuer Gelenke jedesmal eine Steigerung erfährt. Der Puls ist gross, weich, frequent, die Haut ausnehmend zu sauren Schweissen geneigt, die Diurese bisweilen trotz des Fiebers reichlich. Eine häufige Begleiterscheinung an der Haut ist Erythema multiforme. In leichten Fällen dauert die Krankheit meistens nur 1—2 Wochen, selbst bisweilen nur einige Tage, indess kann sie auch im Kindesalter, wo sie sonst rasch und günstig abzulaufen pflegt, über eine Reihe von Wochen sich ausdehnen. Von den ungewöhnlichen Verlaufsweisen bieten besonders zwei Interesse. Im Gegensatze zu dem gewöhnlich mässig fieberhaften und dem leichten nicht seltenen fast fieberlosen Verlaufe findet sich

auch bei Kindern in einzelnen Fällen hyperpyretische Verlaufsweise, deren Erkenntniss ein Räthssl der Pathologie zu lösen und einen für hoffnungslos geltenden Zustand zu heilen ermöglichte. Dass die mitunter durch lebhafte Aufregung meist durch Verfall, Sopor, allgemein paralytisches Verhalten sich äussernden schweren Gehirnerscheinungen, die im Laufe des acuten Gelenkrheumatismus auftreten, nicht auf materiellen Veränderungen des Schädelinhaltes beruhen, war schon länger bekannt. Genaue Beobachtung lehrte, dass ungewöhnlich hohe Temperatur diese ungünstige Verlaufsweise begleitet (so in einem tödtlichen Falle bei Picot 41,4). Es ist hauptsächlich das Verdienst von Wilson Fox, gezeigt zu haben, dass man durch energische Kaltwasserbehandlung die Gefahr beseitigen und somit den therapeutischen Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung führen kann.

Eine zweite Abweichung der Verlaufsweise betrifft die Gelenksveränderungen selbst. Während für gewöhnlich die Schwellung gering, die Röthe diffus, rosig ist und der Schmerz nur bei Bewegungen lebhaft und peinlich wird, findet sich in einzelnen Fällen an einem oder mehreren Gelenken starke zunehmende Schwellung, hohe verbreitete Röthung und excessive auch in der Ruhe andauernde Schwellung, die auf reichlicher Eiterbildung im Gelenke oder den nächstgelegenen Schleimbeuteln und Sehnenscheiden beruht. Nach Diphtherie und Scarlatina findet sich diese Form bisweilen vor. Von Smith wurde acute eitrige Gelenkentzündung bei Kindern im ersten Lebensjahre beobachtet, die sich durch Plötzlichkeit des Auftretens, Schnelligkeit des Verlaufes, zerstörende Wirkung auf die Gelenkenden der Knochen auszeichnete. Stets waren Schulter, Hüfte oder Knie zuerst befallen, später andere Gelenke. Von 21 Fällen starben 13.

Unter den Complicationen sind die häufigsten und folgenschwersten die Entzündungen des Endo- und Pericards. Aus allen Angaben geht hervor, dass Peri- und Endocarditis im Kindesalter häufiger als bei Erwachsenen zu Gelenkrheumatismen hinzutritt, namentlich auch oft bei verhältnissmässig sehr leichten rheumatischen Erscheinungen sich entwickelt. So fand Picot nur bei 10 von 47 Gelenkrheumatismen von Kindern, Claisse nur bei 4 von 18 das Herz frei. Am häufigsten unter diesen Herzaffectionen ist vertreten Endocarditis der Mitralklappe, der rechtsseitigen Klappen, am seltensten Myocarditis. Durch linksseitige Endocarditis wird nicht selten schon während oder nach dem Gelenkleiden Chorea bewirkt. Diese Herzaffectionen sind bisweilen schon von Anfang an

nachzuweisen, erscheinen meist früh, spätestens in der 3. Woche. Ihr Zusammenhang mit der Grundkrankheit ist noch unerklärt. Zu einer geringeren Zahl von Gelenkrheumatismen tritt Pleuritis, Pneumonie hinzu. Beide machen kurzen abgebrochenen Husten und Fiebersteigerung, Pneumonie beides in höherem Grade als Pleuritis. Die physikalische Untersuchung an der Rückenfläche weist dieselben mit Sicherheit nach, ist jedoch wegen der Gelenkschmerzen oft nur mit grossen Schwierigkeiten auszuführen. Uebrigens gelangen diese wie die meisten Entzündungsformen innerer Organe, die zu acuten Gelenkrheumatismen hinzutreten, regelmässig zur Heilung.

Die Prognose ist insoferne günstig, als die Krankheit mit sammt ihren Complicationen alle Aussicht auf Heilung gewährt. Sie wird jedoch getrübt durch Gefahr des Zurückbleibens von Herzfehlern und durch schwer zu beseitigende Disposition zu neuen rheumatischen Erkrankungen.

Von inneren Mitteln, die gegen die Krankheit angewendet werden, wirken Kali nitricum und Chinin in grösseren Dosen hauptsächlich antifebril und dadurch umstimmend auf die örtlichen Prozesse, Tct. semin. colchici für sich oder mit Opiumtinctur wirkt vorwiegend schmerzstillend, Kal. jodatum resorptionsbethätigend. Bisweilen zeigen auch Propylamin, Acid. citricum, oder kohlensaure Alkalien einen weiter nicht zu erklärenden günstigen Einfluss. Als wirksamstes Mittel muss d. Z. die Salicylsäure und das salicysaure Natron bezeichnet werden, letzteres zu 0,1 bis 0,5 stündlich in 5—10 Dosen, je nach dem Alter des Kindes. Es bewirkt in etwa zwei Dritteln der Fälle alsbaldige Heilung, manchmal nur Schmerzlosigkeit, manchmal nur Entfieberung, oft treten Rückfälle ein. Wo salicylsaures Natron versagt, sind oft noch grosse Dosen Kali nitricum wirksam. Die rheumatische Natur der Erkrankung darf nicht hindern in hyperpyretischen Fällen die Kälte in Form von Umschlägen, Einwickelungen, selbst Begiessungen anzuwenden und intensiv entzündete sehr schmerzhafte Gelenke lokal mit Eis zu behandeln. In weniger intensiven aber auf einzelne Gelenke fixirten Rheumatismen leistet starrer, jede Bewegung aufhebender Verband die besten Dienste. Gewöhnlich werden örtlich Watteeinwickelungen, Einreibungen mit Chloroformöl, Belladonnasalbe, Jodsalbe angewendet.

II. Spondylitis, Spondylarthorace.

Malum Pottii, Caries columnae vertebralis.

P. M. Guersant: Notizen über chirurgische Pädiatrik übers. von Rehn. Erl. 1869. p. 149.
Romberg: Klinische Wahrnehmungen p. 93.
M. Rosenthal: Zur Kenntniss der beginnenden Karies in den unteren Abschnitten der Wirbelsäule. Wien. med. Presse 1865. Nr. 42 u. f.
M. Benedict: Electrotherapie. Wien 1868. p. 312 u. f.
R. Demme: Zur Lehre der Erkrankungen der Wirbelsäule im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. VII.
O. Soltmann: Die Ausbreitung der Congestionsabscesse bei der Spondylarthrocace der Kinder. ibid.
Coudroy de Lauréal: Quelques considérations sur le mal vertébral chez les enfants. Thèse de Paris 1874.
L. A. Sayre: Spinal disease and spinal curvature, their treatment etc. London 1877.

Die Entzündung der Wirbelknochen kommt vorwiegend im jugendlichen Alter vor, findet jedoch nicht mehr ihre grösste Häufigkeit im Kindesalter. Sie ist bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Für ihre Entstehung liefert die scrophulöse Diathese eine starke Prädisposition, indess Traumata die gewöhnliche Gelegenheitsursache bilden. Die Kinder der arbeitenden Klassen werden mehr betroffen als die der wohlhabenden. Grosse Städte und Fabrikdistrikte sind besonders stark damit bedacht. Bei intensiver scrophulöser Diathese genügen geringe äussere Veranlassungen, die Krankheit zu erregen, aber auch bei Gesunden kann sie durch starke Traumata der Wirbelsäule hervorgerufen werden.

Sie betrifft bei Kindern am häufigsten die mittleren und unteren Brust- und die Lendenwirbel, bei Erwachsenen häufiger die Halswirbel. Sie nimmt gewöhnlich den Ausgang in Eiterung. Es entstehen Eiteransammlungen zwischen Wirbel und Periost und Bandapparat, die ersteren arrodiren, letzteren sackartig vorwölben. Theile der Wirbel werden aus ihren Verbindungen gelöst und schwimmen abgestorben in dem Eiter. Die zerstörten Theile der Wirbelkörper sinken ein und es entstehen dadurch winkelige oder kurzbogige, auf wenige Wirbel beschränkte Krümmungen, die der Hauptsache nach nach hinten, hie und da auch noch etwas nach einer Seite vorspringen. Gleichzeitig können sich Eitersäcke bilden und sich nach vorne zu vom retropharyngealen Bindegewebe bis

zur hinteren Beckenwand und dem Poupart'schen Bande, nach hinten bis zur Haut des Rückens und Kreuzes senken. An der Erkrankungsstelle kann das Rückenmark comprimirt, myelitisch erweicht und in Atrophie versetzt werden. Von ihr aus entwickelte sich bisweilen Meningitis tuberculosa oder Suppuration der Dura oder Pia spinalis, von ihr aus kann tuberculöse oder septische Infection entstehen. Anderseits ist, ehe es zu diesen Ausgängen kommt, Heilung möglich, indem Granulations- und neues ossificirendes Gewebe den Ausfall decken, Exostosen als Spangen und Strebepfeiler eine starre Stütze des zusammengesunkenen Wirbelkörpers abgeben.

Die Anfangssymptome sind oft sehr dunkel, nur als leichte Fieberbewegung, Anämie, vager Rücken- und Gliederschmerz ausgesprochen. Meist jedoch zeigt sich von Anfang an erschwertes Bücken, Treppensteigen, eine steife, etwas schiefe, schmerzhaft ängstliche Haltung des Rumpfes. Die genauere Untersuchung zeigt die erkrankte Stelle bei Druck oder auch bei Rotation schmerzhaft, meist zugleich in Etwas vom Verlaufe abgewichen, verdickt oder sonst verändert. Während leichte Fieberbewegung und einige Abmagerung vorschreiten, beginnt Schwäche, Schmerz, Taubsein der Beine, oft auch Störung der Entleerung des Harnes sich zu zeigen. Durch den Druck der entzündlichen Schwellung, der Deviation u. s. w. entstehen geringe Reizungs-, überwiegend Lähmungserscheinungen, die beide Beine ganze gleichmässig, selten eines vorwiegend betreffen. Je nach der Höhe des Krankheitssitzes wird die Parese einen Theil des Rumpfes oder selbst die oberen Extremitäten mit betreffen. Die Sensibilität leidet gleichfalls, Schmerzen leicht als Rheumatismen, Neuralgie gedeutet, Taubsein, Prickeln bestehen im Beginne oder lange Zeit, aber während die Motilität leicht völlig erlischt, geschieht dies mit der Sensibilität so selten, dass man daraus auf Wirbelluxation oder eine das ganze Mark quer durchsetzende myelitische Erweichung schliessen kann. Druck auf die austretenden Nerven bewirkt den reif- oder gürtel-ähnlichen Schmerz, der zugleich die Grenze zwischen dem Gebiete der Innervationsstörung und dem der intacten Innervation bildet. Dann kommen noch die Senkungsabscesse zur Beobachtung, deren Deutung kaum je auf Schwierigkeiten stösst. Je nach dem Sitze der Eiterung an den Körpern oder den Fortsätzen haben sie mehr die hintere Wand des Rachens, der Brust, des Bauches, Beckens, oder die Kreuz- und Rückengegend zum Sitze. Als wesentliche Zeichen der Wirbelcaries sind demnach zu betrachten: örtlicher Schmerz, Drucksymptome

vom Rückenmark, und von den austretenden Nerven, Congestionsabscess, hektisches Fieber. Zu diesen kommen leicht die Zeichen von Complicationen hinzu, wie Lungenphthise, Hirntuberkel, Darmphthise, Amyloidentartung, Cystitis u. s. w., ferner machen sich oft besondere Endvorgänge geltend, wie namentlich, allgemeine acute Tuberculose, Meningitis spinalis oder cerebrospinalis, Wirbelluxation, Pyämie durch Verjauchung eröffneter Congestionsabscesse erregt.

Nach Coudroy de Lauréal findet sich Paraplegie vorwiegend, wenn der Sitz an den ersten 6 Dorsalwirbeln ist wegen grösserer Enge des Wirbelkanales an den oberen Dorsalwirbeln als weiter unten. Congestionsabscesse finden sich bei Erkrankung der Rückenwirbelsäule in 28%, bei Erkankung der Lendenwirbelsäule in 65%. An den Brustwirbeln soll nämlich frühzeitig Kyphose entstehen. Sie werden, wenn vereitert, zusammengedrückt, während die Lendenwirbel wegen der Anordnung der Gelenk- und Dornfortsätze mehr Widerstand leisten, so dass sich leicht grössere Höhlen bilden. Da Congestionsabscesse an sich Gefahr bedingen, sei die Prognose der Lendenwirbelcaries ungünstiger. —

Die Diagnose ist während eines sehr chronischen und sehr schwach markirten Anfangsstadiums oft äusserst schwierig zu stellen. Nichts ist häufiger als dass der Beginn dieser Krankheit übersehen wird. Man misstraue den ohnehin seltenen Rheumatismen und Neuralgieen, mache fleissig Temperaturmessungen, untersuche die Wirbelsäule durch Druck und lasse Biegung und Rotation vornehmen, achte auf Haltung und Bewegung z. B. beim Steigen auf einen Stuhl, auf eine Treppe. Die Erkenntniss erzielt sich gewöhnlich zuerst aus der steifen, gezwungenen, etwas gedrehten Haltung des Oberkörpers.

Die Prognose ist wenig günstig, gewinnt jedoch an Aussichten, je früher das Uebel erkannt wird und je unverdorbener die Constitution des Kranken ist. Man behandelt die Kranken tonisirend, antiscrophulös, nach Umständen antifebril. Jodeisen, Eisen, Chinin, Leberthran, Nussblätter, sonstige pflanzliche Amara, kommen hauptsächlich in Betracht. Um die erkrankte Stelle in Ruhe zu erhalten und die winkelige Kyphose möglichst wieder auszugleichen, ist es am gerathensten, consequent die Rückenlage einhalten zu lassen. Einen wahren und wichtigen Fortschritt in der Behandlung dieses Leidens stellt die Anlegung von starren Jacken nach Sayre dar, die aus gegipsten Flanelljacken und Binden darüber oder aus einem dicken harzgetränkten Wollenstoffe gefertigt werden, der beim Erwärmen weich, beim Erkalten schnell starr wird. Sie

müssen angepasst werden, während der Kranke am Kopf und Schultern in einer Schwebe hängt, somit während die kranke Stelle seiner Wirbelsäule extendirt wird. Für Brustwirbelcaries wird dadurch die Prognose beträchtlich günstiger. Halswirbelcaries muss mit permanter Extension am Kopfe, Caries der Lendenwirbel mit andauernder flachen Rückenlage behandelt werden. Die Anwendung transcurrenter Glühhitze, oder die punktförmige Cauterisation mit dem Glüheisen bilden die geeignetsten örtlichen Ableitungen, die ich den Moxen, Fontanellen und Blutentziehungen vorziehe. An deren Stelle können etwa treten strichförmige Bepinselungen oder Betupfung mit Canthariden-Collodium. Immerhin wird man von diesen Ableitungen nur sparsamen und vorsichtigen Gebrauch machen dürfen. Auch die Aufpinselung von Jodtinctur wirkt als Hautreiz. Bei starken örtlichen Schmerzen ist Jod in Chloroform gelöst mit Vortheil als Einreibung zu verwenden.

III. Muskelhypertrophie.

Atrophia musculorum lipomatosa.

M. Seidel: Die Atrophia musculosum lipomatosa. Jena 1867.
M. Friedreich: Ueber progressive Muskelatrophie, über wahre und falsche Muskelatrophie. Berl. 1873.
H. Ranke: Ein Fall der selteneren Form der Pseudohypertrophie der Muskeln. Jahrb. f. Kinderkrankh. X. S. 207.
J. M. Charcot: Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystem's übersetzt von B. Fetzer. Abth. II. S. 501.
R. Goetz: Beiträge zur Atrophia musc. lipomat. aus der medic. Klinik in Würzburg. Bayr. ärztl. Intell.blatt 1879 nr. 39 u. 40.
L. Brieger: Ueber Pseudohypertrophie der Muskeln. D. Arch. f. klin. Med. XXII. S. 200.

Die Umfangszunahme einzelner, Abmagerung anderer Muskeln und lähmungsartige Schwäche beider zeichnet diese Krankheit aus. Die abgemagerten Muskeln zeigen ein blasses, welkes Aussehen, mikroskopisch bedeutende Schmälerung, vollständigen Schwund vieler Primitivbündel, so dass das leere Sarkolemma zurückbleibt. In den hypertrophischen Muskeln bildet, wie Griesinger zuerst durch den Muskelschnitt nachwies, Bindegewebe und Anhäufung von Fettzellen die Hauptmasse, dazwischen zeigen sich wenige erhaltene, abgemagerte, hie und da auch wirklich hypertrophische Primitivbündel. Chemische Analyse zeigte in einem Falle (Brieger) Verminderung des Wassergehaltes, der unlöslichen Bestandtheile und der

Salze, Zunahme des Fettes, Glutins und der Extractivstoffe in der Substanz des pseudohypertrophischen Muskels. Alle Fälle sind in der Kindheit entstanden, manche schon in der frühesten Kindheit durch plumpe Formen, Schwäche und Schwerbeweglichkeit angedeutet gefunden worden. Knaben werden fast ausschliesslich befallen, meist in kinderreichen Familien mehrere aufeinander folgende. In der Regel wird die Wohnung, die Ernährungsweise und der ganze Gesundheitszustand der Familie als sehr schlecht geschildert. Namentlich ist in diesen Familien Scrophulose und Rachitis stark vertreten, oft waren schwächende Allgemeinkrankheiten vorausgegangen. Die Krankheit kann hereditär auftreten und findet sich oft in mehreren verwandten Familien vor. Heirathen unter Verwandten scheinen ihr Auftreten zu begünstigen. Die ärmsten Distrikte des Spessart's liefern der hiesigen Klinik nicht wenige Fälle.

Wo die Krankheit sehr früh beginnt, wird das Laufen auffallend spät gelernt und der Gang bleibt schwerfällig und unsicher. Bei späterer Entstehung betrifft die erste Klage leichtes Ermüden und Schmerzen in den Gelenken der Beine. Immer deutlicher werden nun Haltung und Gang unsicher, die Kraftlosigkeit nimmt zu mit dem Umfang der Beine. Die normalen Krümmungen der Wirbelsäule steigern sich, der Brustkorb wird flach und mager. Im Stehen zeigt der Rücken eine förmliche Lordose mit Andrängung des Herzens an die Brustwand, so dass die Pulsation ausgebreitet, die Dämpfung vergrössert erscheint. Im Sitzen ändert sich das Verhältniss gänzlich, die Wirbelsäule beschreibt einen nach hinten convexen Bogen. Der ohnehin wackelige Gang gestaltet sich wegen Verkürzung der Wadenmuskeln so, dass die Kranken mit der Spitze gehen, ohne mit der Ferse den Boden zu berühren. Das Treppensteigen fällt sehr schwer, die Kranken ziehen sich mit den Armen an dem Geländer hinauf. Ganz bezeichnend ist die Art, wie ein solcher Kranker von einem niederen Sitze aufsteht. Er stützt sich mit den Händen auf die Kniee, neigt den Rumpf vorwärts und schnellt ihn mit einem Ruck durch Strecken der Ellbogen in die Höhe. Lässt man die Hände frei halten, so wackelt der Kranke hülflos auf seinem Sitze hin und her und kommt nicht in die Höhe. Untersucht man in dieser Zeit, so findet man immer neben den hypertrophischen schon atrophische Muskeln und zwar ist die Vertheilung eine ziemlich regelmässige. Am Umfangreichsten sind die Waden; nächstdem ein Theil der Oberschenkelmuskeln, namentlich der Quadriceps und die Adductoren. Atrophisch sind immer die Brust-

muskeln und der Biceps brachii. Am Deltoideus und Triceps zeigen sich regelmässig hypertrophische Parthieen, die knollige Vorsprünge machen, wenn nicht diese ganzen Muskeln verdickt sind. Auch die Gesäss-, Lenden und langen Rückenmuskeln werden häufig verdickt getroffen. So ergibt sich ein recht bezeichnendes Krankheitsbild mit den Hauptzügen: Dicke Waden und Oberschenkelmuskeln, atrophische Brustmuskeln, in den atrophirenden Armmuskeln, besonders an Schulter und Aussenseite, einzelne knollige Vorragungen, lordotische Lenden- und leicht kyphotische Brustwirbelsäule, Gang auf den Zehenspitzen. Bei näherer Untersuchung ergeben sich noch folgende Verhältnisse. Die Haut hat einen entwickelten Panniculus adiposus, besonders über den verdickten Muskeln. An den abgemagerten Muskeln finden sich öfter fibrilläre oder bündelweise Zuckungen vor. Beide, die hypertrophischen sowohl als die abmagernden, zeigen entsprechend ihrer Kraftabnahme, Verminderung der elektrischen Contractilität. Tetanisirt gewinnen sie weniger an Umfang, entwickeln weniger Wärme und Kraft, als normale Muskeln. Während die Weite der Tastkreise und die absolute Sensibilität der Hautnerven sich normal erweisen, ist von Seidel und von Wagner beobachtet worden, dass die Tastsinn-Untersuchung bei diesen Kranken weit schwieriger war als sonst und zwar wegen längeren Haftens der Tasteindrücke. Man muss auf diese klinische Beobochtung entschieden Werth legen, sie zeigt, dass es sich nicht um ein blosses Muskelleiden handelt.

Veränderungen am Rückenmarke wurden auch von verschiedenen Untersuchern (W. Müller, Barth, Goetz) gefunden. Doch legt Charcot gerade auf Mangel bezeichnender Veränderungen am Rückenmarke besonders Gewicht, namentlich zum Unterschiede von der progressiven Muskelatrophie.

Der Verlauf der Krankheit ist stets nach Jahren zu bemessen, oft weit über zehn Jahre ausgedehnt. In günstigen Fällen tritt Stillstand ein, eigentliche Heilungen sind sehr selten. Lange Zeit ist nur die Locomotion gestört, namentlich das Aufstehen wird den Kranken sehr mühsem und geschieht mit äusserster Anstrengung. Das Aussehen bleibt gut, nur die Lordose im Stehen, beim Sitzen im Bette in eine starke Kyphose übergehend, missstaltet die Kranken in auffälliger Weise. Beim Gehen schleppen sie mühsam die Last ihrer umfangreichen unteren Körperhälfte. Allmählig tritt allgemeiner Marasmus ein, erzwungene Ruhe des ganzen Körpers

wirkt ungünstig, die Athemmuskeln werden zu schwach und so erfolgt durch Entkräftung oder Erstickung das tödtliche Ende.

In therapeutischer Beziehung ist schon Vieles ohne Erfolg versucht worden, so innerlich: Tonica, Arsen, Jodpräparate, Bantingdiät, äusserlich Galvanisation, Faradisation, Wickeln der Beine mit Binden. Durch letzteres Verfahren wollte Griesinger einigen Erfolg erzielt haben. Doch habe ich bei zwei sehr frühzeitig in Behandlung gekommenen Kindern durch monatlange, consequente Anwendung abwechselnd des constanten und unterbrochenen Stromes dauernde Heilung erzielen können. Wo ein Fall in einer Familie vorkommt, ist es räthlich die Eltern und Verwandten aufmerksam zu machen, dass sie das Verhalten der übrigen Kinder beachten und bei den frühesten Anzeichen des Leidens ärztliche Hülfe suchen.

IV. Myositis ossificans progressiva.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. S. 81.
Münchmeyer: Ueber Myositis ossificans progressiva. Zeitschrift f. rat. Med. III. R. Bd. XXXIV. p. 9.
R. Gerber: Ueber M. o. p. Diss. Würzburg 1875.

Im weiteren Sinne gehört diese seltene Krankheit zu den ossificirenden Diathesen. Sie nimmt eine besondere Stellung ein, indem sie ätiologisch Gemeinsames hat mit lipomatöser Pseudohypertrophie der Muskeln, in ihren pathologischen Erscheinungen etwa der multiplen Osteombildung ebenso nahe steht wie jene der multiplen Lipombildung.

Einzelne Fälle dieses Leidens wurden schon in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts bekannt (J. Coppin, Pringle) und zwar in England, von wo auch später die meisten Beobachtungen mitgetheilt wurden. Die Krankheit wurde in den verschiedensten Ländern beobachtet, in Amerika, Frankreich, Schweiz, im asiatischen Russland, mehrfach auch im mittleren und südlichen Deutschland. Sie wurde namentlich durch die Beschreibung von Münchmeyer bekannter bei uns. Mir persönlich sind drei Fälle zugängig gewesen, der von Florschütz aufgefundene und ein in Frankfurt a. M. in der dortigen Poliklinik verpflegter, einer in Fulda.

Die Krankheit entsteht vorwiegend im frühen Kindesalter. Die ersten Anfänge datiren meist vom zweiten bis fünften Lebensjahre, in einem Falle sogar vom achten Monate. Das männliche Geschlecht ist fast viermale häufiger betroffen. Die meisten Patienten

stammen aus den ärmlichsten Verhältnissen. Zusammenhang dieses Leidens mit Rachitis lässt sich nicht nachweisen, dagegen spielen sowohl beim ersten Ausbruche des Prozesses, als auch bei neuen Nachschüben äussere Gewalten, z. B. Sturz eine beträchliche Rolle. Auch Erkältung, Rheumatismus, starke Muskelanstrengung werden vereinzelt als mögliche Ursachen angeführt. — Die Erscheinungen beginnen in umschriebener Weise meist in der oberen Rücken- oder Nackengegend. Unter unversehrter Haut bildet sich eine teigige, schmerzhafte, flache Anschwellung, die ohne scharfe Abgrenzung in die ödematösen umliegenden Weichtheile übergeht. Dabei kann Fieberbewegung vorhanden sein. Später schwindet die Schwellung, aber es bleiben in den atrophirenden Muskeln, die vorher Sitz der Entzündung waren, härtere, leistenförmige oder ästigzackige Parthieen bestehen, die allmählig an Consistenz gewinnen und knochenhart werden. Die nicht verknöchernden Parthieen des Muskels atrophiren und verkürzen sich zugleich, die ossificirenden verwachsen an den Ansatzpunkten mit den Scelettheilen. Der Reihe nach werden befallen Rücken, Nacken, Schultern, Brust, Oberarm, Oberschenkel, Kaumuskeln. Herz und Diaphragma bleiben frei, mimische Gesichtsmuskeln, Platysma, Augenmuskeln werden nicht oder wenig befallen. Der Rumpf und die oberen Theile der Extremitäten werden steif und missstaltet. Durch die Verkürzung der Muskeln wird die Wirbelsäule scoliotisch, die Kiefer werden aneinander gepresst, die Arme dem Rumpf genähert, im Ellenbogengelenk gebeugt und über dem Rumpf gekreuzt. — Die vegetativen Functionen gehen lange, selbst bei hochgradiger Starre des Rumpfes gut vor sich. In einzelnen wenigen Fällen treten cerebrale Symptome: Aphasie, Epilepsie, Amaurose hinzu.

Der Verlauf ist durchaus chronisch, führt jedoch endlich nach vielen Jahren durch tiefgreifende Störungen der Athmung oder der Ernährung zum Tode. Eine wirksame Therapie ist bis jetzt nicht bekannt.

IX.

Hautkrankheiten.

I. Ichthyosis congenita.

J. F. Jahn: Ueber Ichthyosis congenita. Jahrb. f. Kinderheilkunde. III. 204 und 316.
H. Lebert: Ueber Keratose. Breslau 1864. p. 94.
H. Müller: Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft in Würzburg. I. p. 119.

Angeborener Belag der Haut mit hornartigen Schildern findet sich hie und da bei ausgetragenen oder fast ausgetragenen Kindern. Die Entstehung der Krankheit muss in eine ziemlich frühe Zeit des Fötallebens verlegt werden. Ursachen sind nicht bekannt. Auch für das Vorkommen der Krankheit bei Thieren (Kalb) konnte keine Ursache ausfindig gemacht werden. Die Körperoberfläche ist anstatt mit Epidermis mit einem liniendicken, graubräunlichen Ueberzuge versehen von hornartiger Consistenz, der in Schilder abgetheilt ist durch Furchen, in deren Tiefe die nackte, wunde Haut blossliegt. Dieser Panzer ist für den Umfang der Gliedmassen zu eng und klafft daher an den Zwischenräumen der einzelnen Schilder. Gerade daraus kann man auf seine Entstehung in früher Zeit schliessen. Die Cutispapillen sind hypertrophirt, die Schilder bestehen aus Talg- und Haarbalg-Ausführungsgängen, überfüllt mit Sebum, und aus Epidermiszellen. Die verdickten Drüsengänge bedingen eine Art faseriger Structur sowie punctirte Beschaffenheit der Oberfläche. An den Händen und Füssen zeigen sich einfach Cutis, Papillen und Epidermis verdickt, ohne Bildung von Schildern. In letzterer verlaufen die mit einer fettigen Masse gefüllten Schweissdrüsengänge Anfangs vertical, dann an vielen Stellen fast horizontal, so dass die schwielige Epidermis ein fein gestreiftes Aussehen bekommt. Das

Gesicht und die Finger und Zehen sind stets in auffälliger Weise verunstaltet, die Augenlider nach Aussen gewendet und gewulstet, Nasenflügel, Ohrknorpel verkümmert, der Mund durch Verzerrung der Lippen weit offen, Finger und Zehen verkrüppelt. Diese Kinder sterben alle wenige Stunden oder Tage nach der Geburt, scheinen jedoch immer lebend zur Welt zu kommen. Nach der Geburt vertiefen sich unter der Einwirkung der Luft die Furchen zwischen den Schildern und beginnen zu eitern. Die Section ergab mehrmals entzündliche Zustände an der Lunge.

II. Ichthyosis simplex.

Keratosis diffusa, Fischschuppenkrankheit.

Lebert: Ueber Keratose. Breslau 1864. p. 125.

Personen, die an diesem Uebel leiden, kamen entweder normal gebildet zur Welt, oder zeigten eine nur wenig rissige und spröde Beschaffenheit der Epidermis. Bald kurz nach der Geburt, bald nach mehreren Monaten oder Jahren erst macht sich auffällige Trockenheit der Haut und durch netzförmige Risse in Schilder sich theilende Beschaffenheit der Epidermis bemerklich. Diese lösen sich von den Rändern her in kleinen Fetzen und Schuppen ab und verschleiern das an sich lebhafte Roth der Haut mit einem weisslichen Schimmer. Die Kranken haben lästige Trockenheit der Haut, diese secernirt in der That auch wenig, verspüren leichtes Erkalten derselben, öfter auch geringes Jucken. Handteller und Fusssohlen, meist auch das Gesicht, bleiben frei. Erreicht die Krankheit höhere Grade, so bilden sich gelbliche, hornartige Platten, weiterhin Fischschuppen, Pallisaden, Stacheln ähnliche Hornmassen, die sowohl, wenn sie im gewöhnlichen Laufe der Dinge sich langsam stückweise losstossen, als auch wenn sie künstlich entfernt werden, sich stets wieder bilden. Die entwickelte Krankheit ist unheilbar; langdauernde warme Bäder, Schwefelbäder, Seifen und Alkalien bringen vorübergehende Erleichterung. Dass in früher Zeit die Anfänge leichterer Formen der Krankheit heilbar sein mögen, geht aus einzelnen Beobachtungen, z. B. einer neueren von Fröbelius hervor. In diesem Falle waren Einreibungen von Mandelöl und Kleienbäder angewandt. — Ausgebildete Formen habe ich wiederholt gesehen, die von den erfahrensten Dermatopathologen Monate lang vergebens behandelt worden waren.

III. Erythema.

Ad. Wertheimber: Zur Behandlung des Intertrigo im Kindesalter. D. Arch. f. klin. Med. XXI. 308.
O. Silbermann: Zur Kenntniss der Erytheme im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. I. S. 278.

Man versteht unter Erythem der Haut im Allgemeinen diffuse (allmählig in die gesunden Theile übergehende) Hyperämieen mit geringer Schwellung des Papillarkörpers, indess das Unterhautbindegewebe primär nicht und secundär nur in Form des Oedems oder suppurativ erst dann miterkrankt, wenn die Vereiterung von der Cutis aus tiefer greift.

Intertrigo (Frattsein, Wundsein) der Kinder stellt eine traumatische Form des Erythemes dar, welche sich bei längerer Dauer der Ursachen mit oberflächlicher Excoriation und Ulceration verknüpft. Diese Veränderung hat ihren Lieblingssitz an allen jenen Stellen, wo zwei Cutisflächen mit einander in Berührung kommen, also vorzüglich an den Falten; ausser After und Umgebung der Genitalien sind daher die Innenseite der Oberschenkel, Nacken, Ohr, Achselhöhle, Ellbogen und erst in weiterer Linie die Waden, Fersen, Hohlhandflächen und Finger zu erwähnen. Die pralle, turgescente Haut gesunder Kinder ist zum Frattwerden wenig geneigt, wohl aber die schlaffe, dünne, atrophische Haut von Solchen, die mit chronischen abzehrenden Krankheiten, namentlich Darmkatarrhen behaftet sind, oder mit Syphilis, mit chronischen Bronchialkatarrhen, mit Tuberculose u. dergl. Treffen in diesem Zustande chemische oder mechanische Reize (am Häufigsten beide zugleich) die Haut, so entsteht eben jenes Erythem. Die mechanischen Reize sind meist in der gegenseitigen Reibung zweier Hautflächen, in der Reibung mancher Stellen, z. B. der Ferse an den Wickeln, in der rauhen Beschaffenheit der letzteren gegeben. Chemische Reize rühren hauptsächlich von dem Stagniren und der Zersetzung irgend welcher Secrete auf den benachbarten Theilen her: Koth, Urin, Eiter, Schweiss können in dieser Weise wirken, vorzüglich aber sind es flüssige, diarrhoische Massen, die in der Umgebung des Afters, an den Oberschenkeln, an den Genitalien sich ansetzen und Entzündung erregen. Werden diese sorgfältig und schonend losgespült, so kommt derartige Einwirkung derselben nicht zu Stande; es liegt ausser einer gewissen Beschaffenheit der Haut auch in dem Mangel an Reinlich-

keit ein prädisponirendes Moment für die Entstehung des Intertrigo. Die Haut wird glatt, glänzend, schwillt etwas an und zeigt eine hochrothe Farbe, die beim Fingerdrucke schwindet oder doch einem blassgelben Colorite weicht. In diesem Zustande ist dieselbe sehr zu Verschwärung geneigt; dauern die Ursachen fort, so stösst sich die Epidermis los, die oberste Schichte der Cutis wird gleichfalls durch Reibung zerstört und es bilden sich so etwas vertiefte, meist scharf und buchtig geränderte nässende Flächen, die bald in eigentliche Eiterung eintreten, sich dabei gelbgrau belegen, und endlich, falls sie nicht in tiefere Verschwärung oder in Brand übergehen, heilen mit Hinterlassung einer ausgedehnten blaurothen, später röthlich-braunen, glatten Narbe. Eine eigenthümliche Form der Heilung sieht man am Häufigsten in der Umgebung des Afters in der Weise, dass zwischen dem grösseren vernarbten Theile der Excoriation an einzelnen kleinen Stellen feuchte wuchernde Häufchen von Granulationen hervorragen und eine ziemlich grosse Aehnlichkeit mit breiten Kondylomen darbieten. Während dort, wo die Reibung vorwiegt, sogleich Excoriationen sich bilden, geschieht es mehr unter dem Einflusse der erwähnten chemischen Reize, dass auf der entzündeten Hautfläche sich auch Bläschen und Pusteln bilden, die platzen und gleichfalls zu Ulcerationen Veranlassung geben. — Intertrigo verursacht Schmerzen, und kann daher zu vielem Schreien, Unruhe und Schlaflosigkeit führen. Erhebliches Fieber pflegt nicht dabei vorhanden zu sein, meist fehlt dasselbe ganz. Blutungen aus den wunden Flächen, Uebergang der Vereiterung in Gangrän oder Fortschreiten bis aufs Unterhautfettgewebe werden nur unter den ungünstigsten hygieinischen Verhältnissen beobachtet.

Die Diagnose ist stets leicht und wird in der Regel schon von dem Wartpersonale gestellt, nur in den Oben erwähnten Fällen könnte das Erythema intertrigo in der Umgebung des Afters mit breiten Kondylomen verwechselt werden. Ob und binnen welcher Zeit diese Krankheit zur Heilung kommt, hängt von dem Grade ab, zu welchem sie vorgeschritten ist, von dem Gange anderweitiger begleitender Krankheiten, von der Möglichkeit, Reinlichkeit in genügendem Grade herzustellen. Vorzüglich handelt es sich bei dem Intertrigo in der Umgebung des Afters darum, dass die Diarrhoe beseitigt werde, dagegen hat sich die Angabe von Valleix, dass J. mit Soor in einem nahen Zusammenhange stehe, sogar ein Vorläufer desselben sei, als unrichtig erwiesen. Die Prognose ist günstig und das Leiden in der Regel in wenigen Tagen zu beseitigen.

Die Behandlung hat als Vorbedingung die Herstellung möglichster Reinlichkeit, die Beseitigung jener Secrete, welche die erkrankten Hautstellen zu benetzen drohen, aufzufassen. Daher sind Diarrhöen zu stillen, Koth und Urin jedesmal durch Bespülen mit lauwarmem Wasser und Betupfen mit einem feuchten Schwamme zu entfernen, bei Otorrhöe Einspritzungen vorzunehmen, bei reichlichen Schweissen Bäder anzuwenden. Von Medicamenten, welche man anzuwenden pflegt, sind sowohl jene in Salbenform, als die gewöhnlichen Streupulver (Semen Lycopodii oder Amylum mit Flores Zinci, Cerrusa) mit einigen Nachtheilen behaftet, sie geben nämlich ein Bindemittel ab, durch welches flüssige Secrete fester anhaften gemacht werden. Daher würden wir es vorziehen, reinem Erythem gegenüber nur öftere kalte Waschungen, gegen solches mit Excoriationen oder Pusteln aber Umschläge von Bleiwasser oder Lösung von Zincum sulfur., aceticum, Argentum nitricum anzuwenden. Namentlich die Höllensteinlösung (1/2—1%) leistete in allen Fällen sehr gute Dienste; sie wurde 2—3 täglich nach vorheriger Reinigung der erkrankten Stellen eingepinselt. Von Wertheimber wird 1/2 % Sublimatlösung empfohlen.

Einfache Erytheme der Haut können in beschränkter Ausdehnung, oder über den grössten Theil des Körpers verbreitet, vorkommen. Zu letzteren kann man schon das unmittelbar nach der Geburt oder bis zum dritten Tage hin sich entwickelnde Erythem rechnen, das physiologischer Weise bei Neugeborenen eintritt, durch einige Tage besteht und unter Hinterlassung einer gelblichen Pigmentirung allmählig verschwindet (Erythriasis). Hierher gehören ferner die allgemeinen, hellrothen Hyperämieen der Hautdecken, welche im Verlaufe der verschiedensten acuten Kinderkrankheiten, z. B. Angina, Pneumonie binnen kurzer Zeit kommen und wieder verschwinden und von Unerfahrenen leicht mit Scarlatina verwechselt werden könnten. Bekannter noch sind die partiellen Erytheme, welche an der oberen Sternalgegend, dem Halse, der Stirne, den Wangen oft im Beginne acuter Krankheiten auftreten. Aber man kennt auch Beobachtungen von allgemeinen Erythemen, welche bei Säuglingen unter Pulsbeschleunigung, Aufregung, Schlaflosigkeit, Zittern der Extremitäten — ohne nachweisbare Localerkrankung — kommen und nach 1- bis 3tägigem Bestehen unter Verschwinden der Fiebererscheinungen wieder rückgängig werden. Durch manche Arzneimittel werden bei Einzelnen fieberhafte Erytheme hervorgerufen, die Scharlach oder Masern ähnlich sehen können, so durch

Chloralhydrat, Chinin, Opium. Zu den leichtesten Graden der Krankheit gehören jene Formen, die in Folge zu warmer Temperatur des Bades allgemein, local durch Druck oder sonstige geringfügige Traumen bei Kindern, deren Haut zu Fluxionen besonders geneigt ist, entstehen. Alle erwähnten Formen bedürfen keiner besonderen Therapie, man muss sie nur kennen, um vor Verwechslungen sichergestellt zu sein.

IV. Erythema exsudationum multiforme.

H. Bohn: Embolische Hautkrankheiten. Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F. I. S. 391.

Hebra und Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Bd. I. S. 249.

Lewin: Erythema exsudativum multiforme. Charité Annalen 1886. S. 622.

J. Uffelmann: Ueber eine ominöse in der Haut sich localisirende Krankkeit des kindlichen Alters. D. Arch. f. klin. Med. X. 454. id. ibid. XVIII. 313.

Trousseau: Med. Klinik d. Hôtel Dieu in Paris. übers. v. Culmann. Bd. I. S. 16.

Von den eigentlichen diffusen und rein hyperämischen Erythemen hat man im Laufe der Zeit eine Anzahl von Formen unterschieden, die an der Haut umschriebene Vorragungen verursachen. Nach der Form dieser Vorragungen hat man sie als Erythema papulatum, annulatum, iris, nodosum unterschieden. Hebra hat den grössten Theil dieser umschriebenen, erhaben hervortretenden Erytheme zusammengefasst als Entwickelungsstadien ein und derselben Krankheit, die durch den exsudativen Vorgang characterisirt wird. Er benennt daher diese Gruppe als Erythema exsudativum multiforme und scheidet davon nur ebenso wie auch Trousseau das knotige Erythem. Lewin hat neuerdings auch diese beiden von Hebra noch unterschiedenen Formen des Erythem's unter dem obenstehenden Namen der ersteren Krankheitsform vereinigt. Bezüglich dieser Frage scheint es schwierig eine bestimmte Entscheidung zu treffen, denn beide Formen kommen wohlausgesprochen gesondert zur Beobachtung und dies scheint geradezu die Regel zu sein. Sitz und Form sind dann bezeichnend. Aber sie finden sich auch nicht ganz selten gleichzeitig an demselben Kranken vor und scheinen dann Ausfluss ein und derselben Krankheit zu sein. Eine gewisse Beziehung zu constitutionellen Leiden verschiedener Art und die Gutartigkeit des nächsten Verlaufes bilden die übereinstimmenden Züge beider Krankheitsbilder. Das Erythema exsudativum multiforme

findet sich bei jugendlichen Personen am häufigsten. Es ist ungewiss, ein wie grosser Bruchtheil der Fälle dem eigentlichen Kindesalter angehört. Jedenfalls kommt sie auch schon im früheren Kindesalter bis zum Ende des ersten Lebensjahres hin ausnahmsweise, mehr schon bei mehrjährigen Kindern vor. — Das weibliche Geschlecht ist wie bei Erwachsenen so auch schon im früheren Kindesalter weit stärker betroffen. Einzelne Monate des Herbstes und Frühjahres, z. B. April bringen viele Fälle. Gehäuftes Vorkommen gleichzeitig mit Erysipel, Angna, Panaritien u. dergl. wird namentlich von Hebra betont.

Das Erythema exs. multiforme kommt häufig mit acuten Krankkeiten oder im Anschlusse an dieselben zum Ausbruche, so besonders oft als Exanthem des Cholera-Typhoids, hie und da bei Pneumonie, Typhoid, Variolois, Perityphlitis. Wenn es auch gelegentlich einmal einem acuten Gelenkrheumatismus beigesellt sein kann, so geht daraus doch immer noch nicht hervor, dass es durchgehends rheumatischen Ursprunges sei. Auch die die nodöse Form gewöhnlich begleitenden Gelenkschmerzen sind in der Beziehung wenig beweisend. Gerade für diese knotige Form scheinen anämische, scrophulöse Zustände häufig den Boden abzugeben. Besonders das von Uffelmann festgestellte häufige Nachfolgen von Lungenschwindsucht, oft erst mehrere Jahre nach dem Erythem, verleiht diesem Satze eine ernstere Bedeutung. Lewin hat ziemlich viele Syphilitische unter seinen Erythemfällen.

Das multiforme Erythem im engeren (Hebra'schen) Sinne betrifft ursprünglich mit grosser Regelmässigkeit die Hand- oder Fussrücken, nächstdem die Unterschenkel oder Vorderarme, die Oberschenkel und -Arme. Auf Stamm, Hals und Kopf breitet es sich erst in zweiter Linie und nur ausnahmsweise aus. Allgemeines Unwohlsein kann dem Hervortreten des Ausschlages voran gehen. Es geschieht, indem sich bald blasse, bald rosa oder dunkle braunrothe Schwellungen umschriebener Stellen der Haut oder des Unterhautbindegewebes bilden. Diese Knötchen oder Knoten sind mit geringem Spannen, Stechen oder Jucken verbunden, manchmal auch kaum schmerzhaft. Sie vergrössern sich, indem nach aussen der Prozess fortschreitet in der Mitte heilt. So entstehen Ringformen, beim Zusammentreffen zweier solcher Nierenformen u. s. w.; wenn in der Mitte der alten eine neue Erkrankungsstelle sich bildet, hat man die Iris-Form des Erythems vor sich. Bei einer gewissen Intensität der Exsudation erscheinen auf den Papeln und

Quaddeln ähnlichen dunkelrothen Erythemflecken Blasen mit hellem Inhalte, ähnlich wie bisweilen die Urticaria bis zur Blasenbildung gedeiht. Meist kommen zwischen den früheren Erkrankungsstellen und an anderen Theilen der Extremitäten neue Knötchen zum Vorschein, von denen vielleicht einzelne sich einfach zurückbilden, andere gleichfalls in Ringform übergehen. Etwas häufiger als fieberlos verläuft der Ausschlag mit mässiger irregulärer Steigerung der Körperwärme, besonders wo der Hautausschlag sehr reichlich ist und schubweise zum Ausbruche kommt, ist er gewöhnlich von Fieberbewegung begleitet. Im Laufe einer oder mehrerer Wochen verblasst der Hautausschlag und hinterlässt bisweilen etwas Abschuppung.

Das Erythema nodosum hat vorwiegend an den Unterschenkeln zu beiden Seiten der Kante der Tibia seinen Sitz, bildet von Anfang an stärker prominente, rothe Knoten in verschiedener Zahl, die sich später vergrössern, blauroth, braungelb, grünlich werden, wie ein traumatisches Extravasat. Daher der Name Dermatitis contusiformis. Diese Knoten sind gegen Druck schmerzhaft empfindlich, kommen aber ebenso wie die figurirten Flecken des multiformen Erythems ohne Eiterung oder Narbenbildung im Laufe einiger Wochen zur Heilung. Auch sie können mit oder ohne Fieber verlaufen. Hauptunterschiede der papulösen Form und ihren weiteren Entwickelungsphasen gegenüber liegen darin, dass die nodöse Form nicht leicht als unmittelbare Begleit- oder Folgeerscheinung von acuten inneren Erkrankungen auftritt, wie wir dies bei ersterer Art so häufig antreffen, dass der Sitz ganz vorwiegend an den Unterschenkeln getroffen wird, dass sich umfänglich stärker vorragende Geschwülste bilden, deren ursprünglich blaurothe Farbe sich ähnlich wie die einer anderen Blutunterlaufung der Haut in Braunroth und Grüngelb umwandelt. Auch einige Druckempfindlichkeit tritt hier mehr hervor.

Die Beweise, welche beigebracht werden für die embolische (Bohn) oder vasomotorische (Lewin) Entstehung dieser Erytheme scheinen mir vorläufig noch nicht von so zwingender Natur, dass ich mich für die ganz allseitige Gültigkeit einer dieser Annahmen aussprechen möchte.

Die Hautaffection selbst bedarf keiner besonderen Behandlung, sie scheint im Gegentheil um so günstiger abzulaufen, je weniger sie von aussen beeinflusst wird. Dagegen machen die erwähnten Angaben von Uffelmann für das Erythema nodosum eine robo-

rirende, speziell antiphthisische Nachbehandlung dringend wünschenswerth. —

V. Erysipelas.

Rothlauf, Rose.

Trousseau: Journ. de médecine 1844. p. 1.
Rilliet et Barthez: Maladies des enfants II. p. 103.
Fürth: Beobachtungen über das Erysipel der Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderkrankh. VII. 3. p. 124.
Hervieux: Gaz. med. de Paris 1856. p. 123 u. f.
Bartscher: Ueber Erysipelas der Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten XLVIII. p. 1.
Bierbaum: Ibid. p. 248 und 339.
Abelin: Ibid. LIX. 217.
W. C. Blass: Beobachtungen des Erysipelas. Diss. Leipz. 1863.
H. Bohn: Das Impferysipel und seine Bedeutung für die Erysipelas-Lehre. Jahrb. f. K. VIII. 1.

Lymphgefässentzündung, welche in umschriebener Weise, doch auf grössere Strecken hin, die Haut befällt, in den Zustand der Röthe, Schwellung und Exsudatdurchtränkung versetzt, ausserdem Zellenwucherung in der Schleimschichte der Epidermis und seröse Durchfeuchtung der tieferen Cutis- und der subcutanen Bindegewebsschichten hervorruft, bisweilen auch sich mit eigentlicher Entzündung der letzteren (Phlegmone) verknüpft, bildet die anatomische Grundlage des Erysipels. Ausserdem kann der Befund je nach Aetiologie und Complicationen des einzelnen Falles noch eine Reihe von weiteren Veränderungen aufweisen, unter welchen wir Phlebitis umbilicalis, Pneumonie, Peritonitis, Pleuritis erwähnen. Die anatomischen Ausgänge sind: 1) Resorption des Exsudates, so dass nach Schwinden der Hyperämie und Schwellung die Hautstelle nur etwas gelblich pigmentirt bleibt, im Uebrigen, nachdem eine Abschuppung der Epidermis Statt hatte, wieder normales Verhalten zeigt. 2) Uebergang in phlegmonöse Entzündung, Vereiterung des subcutanen Gewebes, Bildung grösserer oder kleinerer Eitersäcke unter der Haut. 3) Gangrän, indem sich die frischesten Stellen dunkler geröthet als einfaches Erysipel, von Blutpunkten durchsäet zeigen, an anderen die Epidermis von Blut und Serum in Blasen emporgewölbt ist, endlich bei vollendeter Gangrän das Gewebe der Haut in eine braune, zerreissliche, fetzige, übelriechende Masse umgewandelt erscheint, welche durch demarcative Eiterung sich losstösst.

Man ist gewöhnt, beim Erwachsenen als Ausgangspunkte des Erysipels das Gesicht oder den Ort zufälliger Verletzungen zu sehen, und für beides, den Gesichtsrothlauf und den der Wunden kennt man, wenn auch für ersteres nur ausnahmsweise und für letzteres in Hospitälern, ein epidemisches Auftreten. Für das Erysipel der Neugeborenen und der Kinder während der beiden ersten Lebensjahre ist nun weder das Gesicht der gewöhnliche Sitz der Erkrankung, noch auch pflegt dieselbe von Wunden im gewöhnlichen Sinne ihren Ausgang zu nehmen, und es ist das epidemische und in gewissen Heilanstalten endemische Vorkommen die Regel. Betrachten wir zunächst die allgemeineren und prädisponirenden Ursachen, so können wir dem Geschlechte keinen erheblichen Einfluss zugestehen, da Knaben nur etwa in dem Verhältnisse des Ueberwiegens ihrer Anzahl häufiger befallen werden. Dagegen hat das Alter um so mehr Einfluss und es findet sich weitaus die Mehrzahl der Erkrankungsfälle binnen der beiden ersten Lebenswochen vor, indess jenseits des 3. und 4. Lebensjahres bis zur Pubertät hin die Krankheit sogar seltener auftritt, als in den Blüthenjahren. Billard hat wohl mit Recht als Ursachen dieses Verhältnisses die physiologischer Weise statthabende, während der ersten Lebenstage auftretende Hauthyperämie, sowie die nach Entfernung der Vernix caseosa, die zuvor eine schützende Decke bildete, vorhandene grössere Reizbarkeit der Haut angeschuldigt. Auch die Localität ist von grossem Einflusse, indem die Rose in Gebärhäusern, Findelanstalten u. dergl. so häufig, in der Privatpraxis, namentlich in der besseren, so selten zum Vorscheine kommt, dass schon hieraus auf miasmatische Begründung mit einiger Wahrscheinlichkeit geschlossen werden konnte. Hiefür sprach noch weiter das zeitweise epidemische, mit Pyämie, Puerperalfieber und in einzelnen Epidemieen mit Rothlauf an den Genitalien der Mütter zusammenfallende Auftreten, sowie das Zusammentreffen mit Pyämie und Phlebitis umbilicalis der Kinder. Hierin reiht sich demnach das Erysipelas neonatorum an einige andere, in der Privatpraxis seltene, nur hie und da in der Armenpraxis vorkommende Krankheiten der Findelhäuser: die Nabelvereiterung und Gangrän, Phlebitis umbilicalis, Peritonitis, das Sklerom an. Sowohl bei Kindern aus den ersten beiden Lebenswochen, bei welchen die Krankheit im Allgemeinen einen dyskrasischen Charakter an sich trägt, als auch bei älteren Kindern findet sich in der Mehrzahl der Fälle noch eine nächste Veranlassung vor, welche den Ausbruch der Krankheit vermittelte und deren Sitz bestimmte.

Für die Neugeborenen ist dies weitaus am Häufigsten die Entzündung des Nabels oder der Nabelgefässe, daher denn auch sowohl von älteren, als neueren Schriftstellern mit Recht angegeben wird, dass das Erysipelas neonatorum in der Regel am Unterleib beginne, und zwar nahe oder nach Unten von dem Nabel. Ausserdem sind es Verletzungen mit der Zange, Schrunden der Haut, Intertrigo, Impetigo, Vaccination und sonstige mit Eiterung verbundene Hautkrankheiten, welche unter Hinzutreten einer speziellen septischen Infection den Sitz und Ausbruch des Erysipels bestimmen. Jenseits des 4. Lebensjahres etwa werden freilich alle diese Ursachen mit Ausnahme der Kopfausschläge unwirksam und diese, sowie Krankheiten des Ohres und der Nasenschleimhaut, verschaffen von dieser Zeit an, wenn man die eigentlich traumatischen Erysipele ausser Betracht lässt, jenen des Gesichtes das Uebergewicht, indess zuvor jene des Stammes häufiger, als die der Extremitäten, und diese häufiger, als die des Gesichtes waren.

Da die Symptomatik und Verlaufsweise bei älteren Kindern sich jener bei Erwachsenen nähert, so werden wir im Nachstehenden hauptsächlich die entsprechenden Verhältnisse des Erysipelas neonatorum berücksichtigen. Wie erwähnt, häufiger am Nabel, als an einer andern Stelle des Körpers beginnt eine umschriebene, helle Röthe der Haut, die sich daselbst zugleich in geringem Maasse und besonders an den Rändern erhaben zeigt und heiss anfühlt. Druck auf dieselbe ruft in der Regel Schreien oder Verziehen des Gesichtes hervor. Abweichend von dem Gange des Rothlaufes bei Erwachsenen, wo mit oder selbst schon vor den ersten Zeichen der Hauterkrankung intensive febrile Erregung stattzufinden pflegt, ist oft bei Neugeborenen die Rose an der Haut schon in voller Entwickelung, bis sich Fieber und Aufregung hinzugesellen. Die Natur der Sache bringt es mit sich, dass nicht jener Symptomencomplex, den man als gastrische Complication hie und da bezeichnet findet (Appetitlosigkeit, übler Geschmack, dicker Zungenbeleg, Druck und Völle der Magengegend), in voller Aehnlichkeit bei kleinen Kindern erwartet werden kann; gemeinhin fehlen alle Zeichen derart, allein das Fieber steigert sich von Anbeginn mehr und mehr, der Puls wird immer frequenter, die Hauttemperatur bleibt hoch, die Kinder werden soporös, wimmern und ächzen viel, bekommen trockene rothe Zunge, magern rasch ab und zeigen bisweilen auch gegen Ende Convulsionen, oder leichten Icterus der Haut. Mittlerweile macht die Localerkrankung ihre Fortschritte,

die Röthe der angeschwollenen Haut wird düsterer, die glatte, glänzende Fläche legt sich in zahlreiche feine Falten, die Anschwellung nimmt ab, sinkt völlig ein, dann beginnt die Epidermis in feinen Schuppen sich loszulösen, allein während — fast stets ohne zur Blasenbildung zu gelangen — die ursprüngliche Erkrankungsstelle zur Heilung kommt, beginnt der gleiche Process an einer zunächst daranstossenden und pflanzt sich dann wieder und wieder auf weitere fort — mit anderen Worten, das Erysipel der Neugeborenen ist immer ein Erysipelas migrans. Hie und da wird diese Verbreitungsweise durch Sprünge unterbrochen, so dass die zuerst erkrankte Stelle zum zweiten Male an die Reihe kommt, oder so, dass z. B., die Erkrankung, nachdem sie sich längs eines Armes bis zur Hand fortgepflanzt hatte, am andern Arme oder am Rücken zum Vorscheine kommt. Nicht selten hat man die ganze Hautoberfläche des Körpers successive in den Entzündungsprocess eintreten sehen. Allein dahin kommt es in vielen Fällen doch nicht, indem die Krankheit früher zur Heilung gelangt, oder durch Erschöpfung der Kräfte (febrile Consumption, Anämie) tödtet, oder durch ungünstige Wendung des örtlichen Processes, durch Complicationen das gleiche Ende herbeiführt. Von Seiten der Hauterkrankung selbst sind namentlich Uebergang in Zellgewebsvereiterung, Blutung aus den so entstandenen Abscessen, dann Gangrän zu fürchten, durch welche z. B. Underwood einmal das ganze Scrotum zerstört sah, so dass die Hoden völlig blosgelegt waren. Was die Pyämie betrifft, so ist wohl weniger zu besorgen, dass dieselbe von dem Erysipel aus entstehe, als dass dieses von Anfang Theilglied derselben sei. Unter den Complicationen heben wir namentlich die einfache und die lobuläre, vereiternde (metastische) Pneumonie, dann Peritonitis hervor, wovon erstere an den gewöhnlichen physikalischen Zeichen, letztere an der meteoristischen Auftreibung des Unterleibes, der sublimen Respirationsweise, dem Erbrechen, der Obstipation zu erkennen wäre. Auch die Peritonitis, welche hauptsächlich vorkommt, wo die Rose von den Bauchdecken ihren Ausgangspunkt nimmt, ist wohl kaum als einfache Fortleitung der Entzündung von der Bauchhaut auf das Peritoneum zu betrachten, sondern beide, Rose und Bauchfellentzündung, haben eben dann in septischer Infection, die von der Nabelwunde aus erfolgte, ihre gemeinsame Ursache.

Ueber Verlauf und Prognose finden sich für das Erysipel der Neugeborenen sehr verschiedene Angaben vor: Bouchut erklärt dasselbe im Einklange mit Trousseau und Baron für

stets tödtlich, und es liegen diesem Ausspruche ohne Zweifel zahlreiche, jedoch nur an einem Ort und unter einerlei Verhältnissen gesammelte Beobachtungen zu Grunde, zudem gesammelt unter den Verhältnissen der Pariser Kinderhospitäter, welche als hygieinisch sehr ungünstig bekannt sind. Billard hatte unter 30 Erkrankungen, welche jedoch der ganzen Dauer des ersten Lebensjahres entnommen sind, 16 Todesfälle. Bednar scheint die Genesung als die häufigere Ausgangsweise zu bezeichnen. Die Sache dürfte sich etwa so verhalten, dass allerdings für Neugeborene (sensu stricto) in Hospitälern und Findelhäusern der tödtliche Ausgang die Regel bildet, wohl aber in der Privatpraxis schon für diese das Verhältniss etwas günstiger sich stellt, noch mehr aber für solche jenseits der zweiten Lebenswoche. Als ungünstige Zeichen sind rasches Lividwerden der erkrankten Hautstellen, so dass nur ihr Saum noch heller roth ist, weite Verbreitung, rasches Wandern der Entzündung, Lebensschwäche der Kinder, nervöse Symptome, Vereiterung und Gangrän der Haut betrachtet worden. Die Dauer beträgt selten nur 3 Tage, meist weniger als 2 Wochen, kann sich übrigens bis auf 6 Wochen hin erstrecken. — Die Therapie ist in der verschiedensten Weise versucht worden, man hat äusserlich und innerlich mercurialisirt, Sublimatbäder und graue Salbe angewandt, Blut entzogen, kalte und warme Umschläge und Einwickelungen, sowie Blei-, Kampher- und Zinklösungen probirt, die erkrankte Hautstelle durch Vesicantien und Brandschorfe abzugrenzen gesucht — das alles umsonst. Wo Erysipel epidemisch herrscht, sollte man die Nabelwunde der Säuglinge mit Lister'schem Verbande bedecken. Unseres Erachtens ist eine doppelte Auffassung möglich, entweder das Erysipel ist einfach eine typisch verlaufende acute Entzündung der Haut, dann ist es exspectativ symptomatisch zu behandeln, oder es ist septischen Ursprunges, dann ist es, als mit Blutdissolution oder Pyämie in Verbindung stehend, antiseptisch zu behandeln, dann sind China und Eisen, sowie auch Alkoholica innerlich und Kampher und ähnliche reizende Stoffe äusserlich am Platze. Wir würden also Tctr. ferr. muriat. gtt. ij ständl. oder Chin grm. 0,25 pro die oder bei bedeutenderem Collapsus dazwischen Wein, Branntwein oder Ammon. carbonicum verordnen und die erkrankte Hautstelle mit Bleiessig oder Kampherspiritus fomentiren lassen. Andern Falles aber, wenn die Erkrankung eine selbstständige ist, würde ausser guter Ernährung und Sorge für günstige hygieinische Verhältnisse nur etwa noch das Ueberdecken der befallenen Hautstellen

mit Collodium oder Traumaticin zu empfehlen sein. — Nach überstandenen Erysipelen ist den Eltern einige Achtsamkeit zu empfehlen, damit zu den leicht eintretenden Recidiven keine Veranlassung geboten werde. — Bei Uebergang in Eiterung, Gangrän, bei Blutungen, bei secundärer Knochencaries unter vereiterten Erysipelen tritt gewöhnliche chirurgische Behandlungsweise in ihre Rechte.

Der nach dem Säuglingsalter auftretende Rothlauf hat dieselben Ursachen und Erscheinungen wie bei Erwachsenen. Er betrifft am Häufigsten das Gesicht und kommt hier im Anschluss an kleine Pusteln, Wunden und sonstige verletzte Stellen der Aussenhaut vor, namentlich wenn diese dauernder Berührung mit zersetztem Eiter ausgesetzt oder von Verunreinigungen oder mechanischen Reizen betroffen werden. In sehr vielen Fällen ist jedoch die Hauterkrankung von einer wunden irritirten Stelle der Schleimhaut aus entstanden durch Fortleitung in der Continuität. Diese primäre Schleimhauterkrankung findet sich bald in der Nase und deren Nebenhöhlen vor (Zuccarini), bald und häufiger am Rachen. Bei genauem Nachforschen findet man, dass die meisten Gesichtserysipele mit Schlingbeschwerden und einer rothen, geschwollenen, trockenen, wie lackirten Beschaffenheit der Schleimhaut der hinteren Rachenwand beginnen. Von da verbreitet sich der Entzündungsprocess entweder durch die Tuba Eustachii, die Paukenhöhle und den äusseren Gehörgang, oder durch den hinteren Theil der Nasenhöhle und den Thränennasenkanal und die Thränenkanälchen oder durch den ganzen unteren Nasengang nach der Haut des Gesichtes. Letztere Art der Verbreitung ist die gewöhnliche; daher der häufige Beginn des Gesichtrothlaufes an der Seitenfläche der Nase. Wenn scrophulöse Kinder dem Rothlauf mehr ausgesetzt sind wie andere, so ist nur die Häufigkeit der Hautausschläge und Schleimhauterkrankungen daran Schuld. Gewisse Spitäler, Anstalten, Häuser erfahren in Folge verunreinigter Luft den Hinzutritt des Rothlaufs zu fast jeder geringfügigen Hautverletzung. Von den Jahreszeiten bringt besonders der Herbst viele Erysipele. Zeitweise Anhäufungen derselben neben anderen entzündlichen Erkrankungen sind noch unerklärt, ebenso die bei schweren acuten Infectionen, z. B. bei Pyämie und Typhus auftretenden metastatischen Erysipele.

Den Beginn bildet gewöhnlich Schüttelfrost, die Körperwärme steigt binnen weniger Stunden von Normal auf 40° und darüber. Vorläufer können vorausgegangen sein oder fehlen. Kurz vor oder nach

dem Froste bildet sich irgendwo an der Körperoberfläche, im Gesicht gewöhnlich an der Seitenfläche der Nase eine schmerzende, juckende Stelle von Bohnengrösse und darüber, bläulich-rosa gefärbt, heiss und angeschwollen. Diese Stelle greift um sich, vergrössert sich sowohl auf der zuerst befallenen Seite, als auch nach der andern hin und überzieht z. B. das Gesicht häufig in ganzer Ausdehnung. Die alten Cardinalzeichen der Entzündung: Hitze, Röthe, Anschwellung und Schmerz sind alle in der ausgesprochensten Weise vorhanden. Da wo die Hautentzündung sich noch ausbreitet, grenzt sich die schon befallene Parthie gegen die unversehrte Haut mittelst eines wallartig erhabenen, bei Druck stark schmerzenden Randes ab. Hat die Ausbreitung ihr Ziel erreicht, so flacht sich der Rand ab und wird unschmerzhaft. So lange die Ausbreitung des Entzündungsprocesses andauert, fiebern die Kranken; sobald er stillsteht, tritt rapide Defervescenz ein. Man kann daraus schliessen, dass die fiebererregenden Stoffe nur in den frisch in Entzündung eintretenden Geweben entstehen und ins Blut gelangen, nicht in denen, die in entzündetem, geschwollenem Zustande verharren. Bis dahin vergehen gewöhnlich 3—6 Tage. Auf der Höhe der Krankheit beträgt die Körperwärme 39—41°, zeigt leichte Morgenremissionen und verhält sich im Ganzen betrachtet sehr ähnlich wie bei Lungenentzündung. Auch die Krise erfolgt in gleich rascher und meist auch vollständiger Weise. Allerdings kommt bei anderweitig Kranken, dann bei Leuten, die schon öfter an Gesichtsrose gelitten haben, nicht selten stark remittirender, selbst unregelmässig intermittirender Fieberverlauf vor. Es hängt dies genau von dem continuirlichen oder unterbrochenen Fortschreiten der Hauterkrankung ab. Namentlich sieht man sehr deutlich, wie einzelne, bisweilen noch nach der Krise auftretende Fieberrelapse jedesmal von neuer Ausbreitung der Hauterkrankung abhängig sind. Bei sehr starker Exsudation in die Haut kommt es zur Bildung von Bläschen, Blasen oder Pusteln auf der unförmlich geschwollenen, entzündeten Haut. Das Fieber bringt Appetitlosigkeit und starken Durst, der anfängliche Frost häufig Erbrechen mit sich. War die Ursache des Rothlaufs in der Einwirkung septischer Stoffe, namentlich specifischer Thiergifte auf eine wunde Haut oder Schleimhautstelle gelegen, so schliesst sich leicht diffuse Vereiterung des Unterhautbindegewebes, Venenthrombose, die sich von den Gesichtsvenen bis zu den Hirnsinus fortleiten kann, eitrige Meningitis und anderseits embolischer Infarct der Lunge daran an. Dies ist eine

Art der Begründung der im Verlaufe der Gesichtsrose so gefürchteten Hirnerscheinungen; eine andere beruht auf abnorm hohen Fieberzuständen. Erysipele sehr marantischer Personen, ferner die septisch erregten und örtlich misshandelten können den Uebergang in Gangrän machen. Endlich bleiben manchmal nach der Gesichtsrose chronische Oedeme und Indurationen der Haut zurück, die vermuthlich auf Verschliessung grösserer Venenstämme oder vieler Lymphbahnen beruhen.

Die meisten Fälle von Rothlauf gelangen ohne jede ärztliche Einwirkung zur Heilung, manche sogar trotz solcher Einwirkungen, die man, wie die Watteumhüllung, eher für Fieber und Entzündung steigernd, als für heilsam halten möchte. Im Beginn wendet man am Besten kühlende Mittel an, die zugleich der Uebelkeit und dem Erbrechen entgegenwirken, z. B. Kalisalze, Brausemischungen, Pflanzensäuren. Natürlich muss, wo die Ursprungsstelle ausfindig gemacht werden kann, diese aufs Sorgfältigste gereinigt, von Eiter befreit und mit desinficirenden Stoffen behandelt werden. Je intensiver die Hautentzündung und je stärker und bedrohlicher die Fiebererscheinungen, um so dringender tritt eine Indication hervor: Die Anwendung kalter Umschläge auf das Entzündungsgebiet. Die Bepinselung mit Höllensteinlösung, von Werner lebhaft empfohlen, dürfte vorwiegend den Einfluss haben, der Ausbreitung der Hautentzündung etwas entgegenzutreten und neue Infection zu verhüten. In hyperpyretischen Fällen sind grosse Dosen Chinin innerlich und ausgebreitete kalte Umschläge am Platze. Ist die Entfieberung im Gange, dann kann man durch örtliche Anwendung von Collodium, das einigen Druck ausübt, und durch innere Anwendung von Abführmitteln, die die Resorption beschleunigen, zur raschen Ausgleichung der örtlichen Veränderungen wesentlich beitragen. Von den neueren Behandlungsweisen mit starker Carbolsäuerelösung, Terpentinöl, Jodtinctur habe ich zum Theil keinen Vortheil z. Th. Nachtheil gesehen, während Bepinselungen mit 1—5% Höllensteinlösung und darauf kalte Umschläge oder Eisblase allerdings einen günstigen Einfluss auf den Verlauf zu üben schienen. Wie die Watte, so schützt auch der Höllenstein kleine Einrisse und Wunden des Erysipels vor neuer Infection. Den septisch erregten Fällen, die glücklicherweise selten vorkommen, pflegt man, freilich ohne sicheren Erfolg, Chinin und Mineralsäuren entgegenzusetzen. Zur Verhütung von Rückfällen ist es wichtig, den Ausgangspunkt der Krankheit genau beobachtet zu haben und dann irgend welche leichte örtliche

Erkrankungen, die an diesem zurückbleiben, sorgfältig zu behandeln. Bei scrophulösen Kindern sind dies namentlich oft Nasen- und Rachenkatarrhe. In manchen englischen Hospitätern isolirt man die Erysipelkranken wegen Contagiosität.

VI. Ekzema.

Salzfluss, Crusta lactea, Flechten.

A. Wertheimber: Ueber das Ekzem im Säuglingsalter. Journ. f. Kinderkrankheiten XLII. p. 305.
Lederer: Ueber Ekzema faciei im Kindesalter. Journ. f. Kinderkrankheiten 1856. Heft 3.
Hebra in Virchow's Handbuch III. 325.
Wilson: Ueber Ekzema infantile. Journ. of cut. med. III. 12, 1870. Arch. f. Dermatol. II. 274.

Unter diesem Namen vereinigen sich die einfachsten Formen von Hautentzündung, hervorgerufen durch einen den Papillarkörper treffenden Reiz. Man schliesst von dieser Bezeichnung aus die durch scharf begrenzte Reize entstandenen figurirten Hautkrankheiten, ferner tiefergreifende und ganz acut verlaufende Hautentzündung. Die Reize, die Ekzem hervorrufen, können thermische, mechanische, chemische sein. Längere Einwirkung der Kälte macht manchen Leuten statt der Frostbeulen Ekzem, das dann den unbekleideten Theilen hauptsächlich zukommt und zur Winterszeit recidivirt. Noch häufiger entsteht an Händen und Gesicht durch Einwirkung der brennenden Sonnenhitze, durch Berührung mit heissen Körpern oder durch die Strahlung des Ofens oder Feuers dieser Hautausschlag; namentlich kalte und heisse Bäder können ihn nicht allein hervorrufen, sondern auch seiner Heilung hinderlich sein. Von mechanischen Reizen seien erwähnt das Jucken und Kratzen der eigenen Nägel, die Reibung wollener Unterkleider oder Strümpfe und der so häufig Ekzem erregende Einfluss thierischer Parasiten. Auch pflanzliche Parasiten können in diffuser Weise auf die Haut einwirkend Ekzem erregen. Neuerdings hat Tilbury Fox ein contagiöses parasitäres Ekzem beschrieben, das als impetiginöses vorzüglich bei Kindern der Armen vorkommt. Von den Stoffen, die chemisch Ekzem erregen, gebrauchen die Aerzte selbst eine Anzahl zu Heilzwecken. Ausserdem sei erinnert an die Ekzeme, die durch mit Anilin gefärbte Strümpfe und Jacken, Quecksilbersalbe, durch

manche Pomaden und Haarfärbemittel, durch Eiter, Urin, Schweiss und Sebum in zersetztem Zustand hervorgerufen werden und dem Orte nach sehr oft auf ihren Ursprung gedeutet werden können. So verhält sich's mit den Ekzemen, die bei fetten Leuten an der Achselhöhle, zwischen den Beinen und am Nabel vorkommen. Häufig wirken Schädlichkeiten mehrfacher Art gleichzeitig ein, z. B. am Kopf zersetztes Sebum und Epizoen. Für solche Reize ist nicht jede Haut gleich empfänglich: derbere Structur, dickere Epidermisdecke gewährt einigen Schutz, die Haut der Kinder entbehrt einer solchen schützenden Beschaffenheit und ist demnach den Ekzemen häufig ausgesetzt. Die zarte, blasse Haut der Scrophulösen zeigt sich besonders geneigt zu dieser Erkrankung. Ausserdem ist der Blutgehalt der Haut und die Blutbeschaffenheit von Bedeutung. Chronisch-hyperämische Hautstellen werden viel leichter erkranken. Kopfcongestionen, Bronchialkatarrh, Stuhlverstopfung können demnach in einiger, wenn auch ziemlich entfernten Beziehung zu diesem Hautleiden stehen. Ueber den Einfluss der Blutbeschaffenheit lässt sich wenigstens insoweit urtheilen, als passende Diät und innere Heilmittel bei Anämie, Scrophulose und manchen anderen Dyskrasieen keineswegs erfolglos gegen das Ekzem angewandt werden.

Den Krankheitsbeginn bilden lebhaftes Jucken, hervorgerufen durch die Reizung des Papillarkörpers, Röthung und leichte Schwellung der Haut, dann das Erscheinen kleinster Knötchen, die gewöhnlich in sehr kurzer Zeit in Bläschen mit klebrigem, alkalisch reagirendem, wasserhellem Inhalte sich umwandeln. Diese Bläschen, kaum stecknadelkopfgross, können auf weiten Flächen dicht neben einander stehen, immer wird man sie am Rande zerstreut auslaufen sehen. Während bei der unendlichen Mehrzahl der Ekzeme diese Bläschen zum Vorschein kommen und häufig aufs Neue producirt werden, und durch ihr zerstreutes Auftreten und durch die begleitenden Entzündungserscheinungen das Ekzem vom Herpes, einer figurirten Hautkrankheit, und der Miliaria, blosser Anhäufung von Schweiss in den Ausführungsgängen der Drüsen unterscheiden lassen, kommen auch gleichwerthige Zustände vor, in denen sie ganz oder zeitweise fehlen. Die Art des Reizes oder die Hautbeschaffenheit kann es mit sich bringen, dass 1) das vom entzündeten Papillarkörper gelieferte Plasma die Epidermis nicht in Bläschenform empordrängt, sondern nur zu ihrer reichlicheren Ernährung und Production verwendet wird. Es entsteht eine rothe, schuppende Fläche, Ekz. squamosum. 2) Das Plasma infiltrirt wohl die tieferen

Schichten der Epidermis, doch ohne mehr als stellenweise knötchenförmige Erhebungen zu bewirken, Ekz. papulosum. 3) Ganz andere Bilder entstehen wieder dadurch, dass das anfänglich wasserklare Plasma durch zellige Beimischung trübe und späterhin eitrig wird: Ekz. impetiginodes. Hier entstehen unter dem Einfluss intensiver oder fortdauernder Reize, namentlich leicht an der behaarten Kopfhaut, Achorpusteln. Während die gewöhnlichen Bläschen, zerkratzt oder geborsten, klebrige, wasserhelle Flüssigkeit entlehren (Salzfluss), die beim Eintrocknen Schuppen oder Schuppengrinde liefert, sondern die zerkratzten Pusteln Eiter ab, der je nach etwaiger Blutbeimengung zu dicken, honiggelben Borken eintrocknet. Von den bläschentragenden Ekzemen unterscheidet man 4) bei starker Röthung der Haut und Flüssigkeitsabsonderung Ekz. rubrum, 5) den gewöhnlichen einfachen Formen, Ekz. simplex, gegenüber.

Die häufigst befallenen Stellen sind die behaarte Kopfhaut und das Gesicht. An ersterer kommen besonders impetiginöse Formen vor, die am Vorderhaupt flache Borken bilden (E. capillitii planum), am Hinterhaupt eine Menge von Körnern eingetrockneten Eiters liefern, die sich in die Haare hängen (E. c. granulosum). Am Gesicht wird besonders die Umgebung der ausmündenden Kanäle befallen, so die Oberlippe bei Nasenfluss, die Ohrmuschel bei Ohrenfluss u. s. w. Diese Ekzeme in der Nähe der Schleimhautübergänge sind meist impetiginöse, die in der Wangen- und Stirngegend vorkommenden häufiger einfache. Sonst kommen Ekzeme vielfach vor an den Händen, hier oft als einfache, schuppende oder rothe, in der Umgebung des Afters und der Genitalien, überall wo zwei Hautflächen eine Falte bilden. Durch örtlichen Reiz hervorgerufene beschränkte Ekzeme können lange Zeit ihren ersten Verbreitungsbezirk einhalten, dann aber gelegentlich irgend einer schädlichen Einwirkung sich rasch ausbreiten und den grössten Theil der Körperoberfläche befallen (E. universale). Auch dann bleiben noch Handteller und Fusssohlen fast gänzlich verschont. Diese universellen Ekzeme übertreffen alle partiellen Formen an Hartnäckigkeit des Bestehens und Häufigkeit der Recidive.

An Stellen mit lockerem Unterhaut-Bindegewebe, namentlich am Gesicht, tritt zu der rothen und zu der impetiginösen Form etwas Oedem hinzu. Dicke Borken, namentlich solche, die durch hineinverflochtene Haare befestigt sind, können den darunter abgesonderten Eiter so gegen die Haut drängen, dass sie mit Eiter

infiltrirt wird. Geschwüre, rothlaufartige Entzündungen und Resorption fiebererregender Stoffe sind die Folgen. Auf diese Weise kann der sonst rein örtliche Process die Ernährungsvorgänge herabsetzen und zur Abmagerung führen. Theils durch die Wirkung eitriger Absonderung, theils durch häufiges Jucken und Kratzen kann die Bildung von Furunkeln in der Umgebung der erkrankten Hautstelle erregt werden. Jederzeit schwellen die benachbarten Lymphdrüsen an, um so mehr, wenn eitrige Absonderung eintritt und wenn die Erkrankung lange besteht. Von den leichtesten, einfach hyperplastischen Lymphdrüsenschwellungen an findet man alle Grade vor bis zur Entstehung eiternder Drüsengeschwülste. Dass bei universellen Ekzemen die Anschwellung sehr vieler Lymphdrüsen kein ganz gleichgültiges Factum sei, zeigt die nachweisbare Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Das Ekzem ist leicht heilbar. Seine Heilung bringt nie Nachtheile, wohl aber können aus einer Vernachlässigung, wie wir gesehen haben, schwerere Erkrankungen entstehen. Wo irgend möglich, muss man die Ursachen ausfindig zu machen und zu beseitigen suchen. Die beste Therapie kann nicht fruchten, wenn Wollkleider mit schädlichen Farbstoffen getragen, Bäder in unreinem Wasser genommen, oder schädliche Salben angewendet werden.

Die erste Aufgabe für die Behandlung ist die, Eiter, Schuppen, Krusten, soweit sie vorhanden sind, zu entfernen und die grösste Reinlichkeit an den Erkrankungsstellen herzustellen. Man wird manchmal durch örtliche Behandlung von Conjunctivitis Ekzem der Wangen, von Ozaena Ekzem der Oberlippe ohne Weiteres heilen. Für die eigentliche Behandlung bedarf es weniger Mittel. Es ist selten, dass man nicht bei acuten Ekzemen mit kaltem Wasser, bei chronischen mit Theersalbe zum Ziele käme. Bei allen hyperämischen, schmerzenden Formen ist vorerst die Kälte in Form von andauernden oder stundenweisen Umschlägen oder von Douchen anzuwenden. Sie beseitigt am Besten Schmerz und Jucken und bringt excoriirte Stellen zur Heilung. Zu letzterem Zweck lässt sich durch Bepinselung mit 1—5 % Höllensteinlösung nachhelfen, dann wird Theersalbe, weingeistige Theerlösung oder einfach Ol. cadinum täglich 1—2mal angestrichen. Man wählt zuerst eine kleine Stelle, um zu sehen, ob Theer gut ertragen wird und nicht Erythem oder Fieber erregt. Von anderweiten Mitteln sind noch für frische Ekzeme Zink-, Höllenstein-, Bleisalbe oder -Lösung zu empfehlen, für

ältere Kalilösung, aufgepinselt, dann kalte Umschläge, grüne Seife, Carbolsäurelösung (1/2—4%), Leberthran, Diachylonsalbe. Für die Kopfekzeme wird Vaselinsalbe mit 1/2 % Acid. salicylicum oder Umschlag mit Lösung von Natr. salicylicum besonders gerühmt. — Irgend zugleich vorhandene innere Krankheiten, namentlich Scrophulose, Anämie, Magenkatarrh, Stuhlverstopfung, Schleimhautkatarrh sind zugleich in entsprechender Weise zu behandeln. Häufig wird dadurch die Heilung des Ekzems befördert. Die Heilung sehr ausgebreiteter und hartnäckiger Ekzemformen kann durch den inneren Gebrauch von Arsenik begünstigt und erleichtert werden.

VII. Strophulus.

Die gewöhnlichen Lichen-Formen kommen im Kindesalter wenig vor, nur im Säuglingsalter sind einige Arten von Knötchen häufig, die durch ihre Farbe von jener der Haut verschieden, über verschiedene Hautstellen zertreut, mässig juckend sind, nie mit schwarzen Krusten sich decken, nie Verdickung der Cutis und Schwellung benachbarter Lymphdrüsen nach sich ziehen, demnach als Lichen zu bezeichnen wären, wenn nicht die Kinderärzte sowohl, als die Dermatologen, wohl nur des Alters, des raschen und günstigen Verlaufes halber sie als Strophulus vom Lichen trennten. Nähere Ursachen des Strophulus kennt man nicht, etwa ausgenommen die bei Manchen beliebte Annahme, dass er durch das Zahnen bedingt sei, und die öfter gemachte Erfahrung seines Zusammenfallens mit Magen- und Darmkatarrhen. Anatomisch betrachtet besteht derselbe in dem Ergusse eines sero-albuminösen Exsudates in und um einzelne Haar- und Talgfollikel der Haut. Sticht man ein solches hirse- oder hanfkorngrosses Knötchen mit einer Nadel an, so lässt sich durch Druck darauf das Exsudat in Form eines hellen, gelblichen Tröpfchens hervordrängen. Als einzelne Formen des Strophulus werden St. ruber confertus und volaticus, St. albidus, candidus und intertinctus unterschieden. Die beiden ersteren, St. confertus und volaticus, befallen vorzüglich die obere Körperhälfte, Wangen, Arme, Brust, machen kleine lebhaft rothe Papeln, die beim St. confertus dicht stehen, hie und da in einanderfliessen, keine Gruppirung erkennen lassen, oft sehr reichlich in einem oder mehreren Schüben zum Vorscheine kommen und nach mehrtägiger Dauer verblassen, während die Papeln des St. volaticus in kleine rundliche Gruppen zusammengestellt und spärlicher sind. St. albidus

macht weisse, rothumsäumte, kleine Papeln, die gleichfalls am Meisten an der oberen Körperhälfte zum Vorscheine kommen und etwas länger andauern, indess jene des St. candidus grösser, härter, gespannter sind, des rothen Saumes entbehren und etwa eine Woche andauern. St. intertinctus endlich besteht wieder aus rothen Knötchen, zwischen welchen sich erythematöse Flecke an der Haut finden; er erscheint zerstreut über verschiedene Stellen der Haut, macht gewöhnlich mehrere Nachschübe und kann so eine mehrwöchentliche Dauer erreichen, bis die Anfangs dunkelrothen Knötchen verblassen, gelblich werden, einsinken, und unter Abschuppung die Haut zum Normalen zurückkehrt. Diese Abschuppung in Kleienform pflegt überhaupt den Schluss dieser verschiedenen Strophulusformen zu bilden. Dieselben haben in der Regel einen raschen, aber fieberlosen Verlauf, doch kann auch bei einzelnen Formen (St. volatilis und confertus) der Ausbruch unter mässigen Fiebererscheinungen erfolgen. Die Prognose ist durchaus günstig, indem diese Schälknötchen weder an sich, noch durch etwaige Complicationen irgend Gefahr bedingen, indem ferner ohne jede Therapie binnen einer oder mehrerer Wochen der naturgemässe Ablauf der Krankheit zur Heilung führt. Will man überhaupt etwas thun, so sind in fieberhaften Fällen lauwarme Bäder von reinem Wasser, Kamillenabsud, Kleienabsud etc. zu verordnen; wo die Eruption unter Beschleunigung des Pulses, Erhöhung der Temperatur und Unruhe erfolgt, wäre die Diät zu restringiren, Nitrum, Säuren oder dergl. innerlich zu reichen; wo endlich die Complication der Diarrhöe besteht, ist diese für sich nach den bekannten Regeln zu behandeln.

VIII. Psoriasis. Schuppenflechte.

E. Lang: Vorläufige Mittheilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis. Vierteljahrsschrift f. Dermat. u. Syph. Jahrg. VI. S. 257.

Die eigentthümlichste und wichtigste unter den schuppenbildenden Hautkrankheiten der Kinder wird niemals unterhalb des 5. und selten vor dem 7. Lebensjahre getroffen. Sie ist in manchen Fällen hereditär, und gerade dann, wenn sie schon während des Kindesalters sich entwickelt, ist man öfter im Stande, auch Psoriasis der Eltern nachzuweisen. Manchmal kommt sie kurz nach einem leichten Fall, Stoss oder Schlag zum Ausbruche und beginnt an den verletzten Stellen zuerst, wie ich dies bei zwei Kindern von 6 und 8 Jahren nachweisen konnte. Die übrigen Ursachen derselben sind

unbekannt, und man kann nur sagen, dass sie sich hauptsächlich bei kräftigen Leuten entwickelt, während depascirender Krankheiten sich verliert und später bei der Reconvalescenz wiederkehrt. Psoriasis beginnt mit ganz kleinen, gerötheten Erhabenheiten der Haut, welche die Stelle eines Haar- oder Talgfollikels inne haben, und sich bald an der Spitze mit weissen, dicken, perlartig glänzenden Schuppen belegen. Indem diese Punkte sich vergrössern und mehrere derselben zusammenfliessen, erlangen sie (vorher Ps. punctata) jene Grösse, welche denselben die Namen Ps. guttata, nummularis, figurata verschafft, stellen wenig erhabene, flache, von dicken Schuppen bedeckte Flecke an der Haut dar, welche nach der Entfernung der Schuppen etwas geschwellt und mit vielen rötheren, leicht blutenden Punkten ausgestattet erscheinen. Die Ringform, welche diese Flecke durch centrales Heilen, peripheres Weiterschreiten annehmen, erinnern ungemein an jene Kreisformen, welche Pilzrasen bilden, die in der Mitte wegen Erschöpfung ihres Nährbodens absterben, oder an die Ringe der Kleeseide (Cuscuta). Natürlich ist in den Psoriasis-Schuppen schon oft und viel nach Pilzen gesucht worden. Man musste sie ihrem Aussehen nach beinahe nothwendig für eine Mycose halten. Stets war das Suchen vergebens, bis jetzt E. Lang einen Fadenpilz (Epidermidophyton) in dem Häutchen fand, das unter den Schuppen unmittelbar die Cutis deckt. — Lieblingssitz sind die Streckseiten der Extremitäten; doch können auch Kopf und Rumpf befallen werden. Fortwährend heilen einzelne Flecke vom Centrum aus ab, hinterlassen weissere, pigmentarme Stellen der Haut, indess gleichzeitig oder nach kurzer Zeit neue Hautparthieen erkranken. — Während die reichliche Schuppenbildung auf beschränkten, figurirten, chronisch geschwellten und hyperämischen Hautstellen für Psoriasis überhaupt charakteristisch ist, können wir als Unterschiede dem gleichnamigen Syphilide gegenüber die Schuppenarmuth und dunklere Farbe des letzteren, dann seinen Lieblingssitz an Handtellern und Fusssohlen, dem Rande der behaarten Kopfhaut und anderen Stellen, nur eben nicht an den Streckseiten der Extremitäten, bezeichnen. Dazu kommt noch, dass, abgesehen von dem Vorangehen und Nachfolgen anderer Syphilide und dem stärkeren Jucken der nicht syphilitischen Psoriasis, die letzere nie, die andere gewöhnlich bei Säuglingen getroffen wird. Jene derberen Formen, welche sich durch Härte und Dicke der Schuppen auszeichnen, finden sich nicht leicht bei Kindern vor. Die Prognose ist insoferne nicht sehr günstig, als die Ps. höchst selten spontan oder vielmehr unter dem

Einflusse veränderten Aufenthaltes und veränderter Ernährungsweise heilt und auch, wenn sie durch Arzneimittel beseitigt wird, sehr leicht recidivirt. Andererseits ist sie ungefährlich und kann von der frühen Kindheit an bis ins späte Alter mit durch's Leben getragen werden, ohne anders, als durch heftiges Jucken, lästig zu werden. Von den dagegen angewandten Heilmitteln erwiesen sich nützlich: bei Beschränkung des Ausschlages auf wenige Stellen Salben mit rothem oder weissem Präcipitat, bei verbreitetem Exanthem methodischer Einreibungen mit grüner Seife, fortgetzte Warmwasserbäder; innerlich: vorzüglich Arsen als Solut. arsen. Fowleri gtt. ij—jv pro die. Die Behandlung der Psoriasis hat in neuerer Zeit einen grossen Fortschritt gemacht. Durch Behandlung mit Chrysophan-Säure in Salbe zu 10 : 40 wird rasch und leicht Heilung erzielt. Auch Pyrogallus-Säure wird empfohlen.

IX. Prurigo.

Juckflechte.

Hebra: Virchow's Handbuch III. p. 476.

H. Klemm: Prurigo der Kinder im Vergleich zu dem der Erwachsenen. Jahrb. f. Kinderheilk. VII. 453.

Bei Prurigokranken findet man die Haut pigmentreich, die Epidermis von gelblichem Aussehen, leicht abschilfernd, an den Unterschenkeln rauh beim Befühlen, die Haut des Stammes mässig, der Extremitäten an ihren Streckseiten stark und zwar um so mehr je weiter man abwärts sucht, mit der Haut gleichfarbigen Knötchen besetzt. Die Beugeseiten bleiben frei, meistens auch das Gesicht und der Hals. Viele Knötchen sind an der Spitze zerkratzt und tragen ein schwarzes Krüstchen eingetrockneten Blutes. Auch sonst zeigen sich deutliche Spuren des Juckens an der Haut. Zwischen den Knötchen können in den schlimmeren Fällen Schuppen, Bläschen und Pusteln zum Vorschein kommen. Die Haut zeigt sich stets verdickt und steif. Die meisten oberflächlich gelagerten Lymphdrüsen, namentlich die der Leistenbeuge sind zu dicken Paketen angeschwollen. In Folge davon findet man die weissen Blutkörperchen vermehrt. Gewöhnlich kommt Prurigo bei Erwachsenen zur Beobachtung, jedoch mit der Angabe, dass er in früher Jugend schon vor dem Schulbesuch entstanden sei. Hebra erwähnt, dass die Krankheit nie angeboren sei, aber schon in den ersten Lebensjahren mit urticariaartigen Ausschlägen beginne. Sie findet sich meist bei armen, in der Jugend schlecht genährten und schlecht verpflegten

Menschen. Ihre eigentlichen Ursachen sind bis jetzt vollständig unbekannt. Sie werden wohl auch nur durch Forschungen über die Bedingungen und die Art der Entstehung im Kindesalter aufgeklärt werden können. Das starke Jucken weist auf eine wesentliche Betheiligung des Papillarkörpers hin; aus jedem Einstich entleert jede Papel ein Tröpfchen serösen Exsudates. Es handelt sich demnach um zahlreiche, ganz beschränkte Entzündungsheerde im Papillarkörper. Der Verlauf führt öfter zur Besserung in der warmen Jahreszeit. Warme Bäder, Einreibungen von grüner Seife und von Theer erleichtern auf einige Zeit. Heilung wird vorzugsweise erzielt durch consequente und lang fortgesetzte Behandlung mit Arsen in Form der Sol. Fowleri oder der Pill. asiaticae. Man muss steigende Dosen anwenden bis zu hoher Tagesgabe. Bäder und erweichende Einreibungen können die Kur unterstützen.

X. Ekthyma.

Ekthyma macht grosse Pusteln auf breitgeröthetem Hofe und harter Basis, die sehr vereinzelt stehen und dicke, braunrothe Krusten und nach deren Wegnahme meist längere Ulceration hinterlassen. Ausser den durch Krätze, durch Pyämie und Syphilis bedingten Formen finden sich bei Kindern jeden Alters, jedoch bei Säuglingen seltener, jene vor, welche man als E. cachecticum zu bezeichnen pflegt, insoferne sie mit ausgesprochener Vorliebe heruntergekommene kränkliche, unreinlich gehaltene Kinder befallen. Der Verlauf kann acut oder chronisch sein, letzteres ist häufiger, gewöhnlich erfolgen mehrere Nachschübe. Als oft befallene Körperstellen lassen sich aufführen: Extremitäten, Hals und Rücken. Die Entwickelung geht so vor sich, dass ein harter rother Fleck entsteht, etwas erhaben wird, dann eine Aufhebung seiner Epidermis durch Anfangs molkig trübe, rasch in dünnen Eiter sich umwandelnde Flüssigkeit erfährt. Diese Pusteln erreichen den Umfang eines Silberkreuzers, eines Groschens und mehr und machen daher, besonders da sie auch flach und ohne Nabel zu sein pflegen, den Uebergang zu den Blasen des Pemphigus. Im weiteren Verlaufe trocknet der Inhalt der Pustel zur Kruste ein, oder er entleert sich beim Bersten derselben und es bleibt eine Ulceration an der Stelle zurück. Die Heilung erfolgt entweder mit Hinterlassung einiger Infiltration und Härte und einer gelben oder braunen Pigmentirung, oder, nachdem Ulceration vorausgegangen war, bleibt eine runde, etwas vertiefte, ge-

strickte Narbe. — Ekthyma an sich, soweit es nicht auf Syphilis oder Pyämie beruht, ist keine gefährliche Erkrankung, es geht spontan in Heilung über, doch ist zu fürchten, dass öftere Nachschübe desselben entkräftend wirken und dass Marasmus und schlechte Blutbeschaffenheit, welche dem Ekthyma zu Grunde liegen, auch noch zur Entstehung schwerer Krankheiten führen (Pneumonie, Diarrhöe). Die Behandlung ist gegen die Ursachen zu richten, daher denn Eisen- oder China-Präparate oder bei sehr schwächlichen Kindern Wein innerlich gereicht wird. Aeusserlich sind nur laue Bäder, Reinlichkeit, und wo Ulceration eintritt, einfacher Charpieverband oder Fomentationen mit Kamillenthee angezeigt.

XI. Pemphigus.

Pompholyx, Blasenausschlag.

A. Steffen: Eine kleine Epidemie von acutem Pemphigus. Berl. klin. Wochenschrift 1866. Nr. 59.

Köbner: Zur Streitfrage über die Existenz eines Pemphigus acutus. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1869.

Steiner: Klinische Studie über den Pemphigus im Kindesalter. Arch. f. Dermat. u. Syph. I. p. 491.

Bohn: Bedenken gegen die Contagiosität des Pemph. ac. neon. ect. J. f. K. IX. S. 304.

D. Dohrn: Pemphigus-Erkrankungen in der Praxis einer Hebamme. Arch. f. Gynaec. X. Bd. III. Jahrb. f. K. X. 313.

Dieser Ausschlag bildet Blasen, welche an verschiedenen Körperstellen sich in der Art entwickeln, dass zuerst grosse rothe, wenig erhabene, nicht infiltrite Flecken erscheinen, auf welchen nach wenigen Stunden, höchstens einem Tage sich die Epidermis erhebt und einer Ansammlung heller, schwach getrübter, alkalischer Flüssigkeit Raum gibt, wodurch allmählig eine rundliche oder ovale, noch von einem schmalen, blassrothen Saume umgebene Blase entsteht, die nur schlaff gefüllt ist. Diese vergrössert sich noch einige Tage auf Kosten des gerötheten Kreises, der sie umgibt. Mittlerweile bilden sich gleichzeitig oder successive noch eine grössere oder geringere Anzahl ähnlicher Blasen an benachbarten oder entfernten Theilen, die selten so nahe beisammen stehen, dass einzelne confluiren; sodann berstet die Decke der Blase und der Inhalt, der sich vielleicht in eine dünne, eitrige Flüssigkeit umwandelte, entleert sich, oder er vertrocknet, ohne zur Entleerung zu kommen; in beiden Fällen bildet sich eine dünne, blassgelbliche, trockene

Kruste, die nach mehreren Tagen abfällt und eine geröthete, von zarter Epidermis überdeckte Fläche zurücklässt, die allmählig wieder das normale Aussehen gewinnt; nur ausnahmsweise findet der Uebergang in Ulceration oder in Gangrän Statt, oder es erfolgen Blutungen aus dem Boden der Blasen.

Die Erkrankung ist im Kindesalter viel häufiger, als bei Erwachsenen, Hebra und Steiner finden übereinstimmend unter etwa 700 kranken Kindern einen Pemphigusfall. Das erste Lebensjahr ist am Stärksten und da wieder unverhältnissmässig überwiegend der erste Monat befallen. Das Geschlecht macht keinen erheblichen Unterschied. Im Kindesalter ist der Pemphigus acuter Verlaufsweise vollständig vorherrschend, später der chronische. Man muss unterscheiden den idiopathischen, den symptomatischen, und unter den Formen des letzteren muss man wieder besonders berücksichtigen den syphilitischen.

Der idiopathische, acute Pemphigus ist eine epidemische contagiöse Krankheit, über deren Vorkommen und Verlaufsweise eine Reihe von Epidemieberichten aus neuerer Zeit vorliegt (Paris: Hervieux, Halle: Olshausen und Mekus, Leipzig: Klemm, Wiesbaden: Koch, ferner Abegg in Danzig, Roeser in St. Louis in Paris), die freilich nicht in allen Punkten übereinstimmen. Die Krankheit befällt am stärksten Neugeborene und Säuglinge, ziemlich oft Kinder späteren Alters, selten in dichten Epidemieen auch Erwachsene. Sie verbreitet sich derart, dass ihre Contagiosität nicht zweifelhaft sein kann. Die Krankheit ist durch Einimpfung des Blaseninhaltes übertragbar (Roeser, Vidal). Sie kommt bisweilen ausschliesslich in der Praxis einer oder einiger Hebammen eines Ortes vor. Die Incubationsdauer scheint sehr kurz zu sein (1—3 male 24 Std). Den Beginn der Erkrankung bildet selten Frost und Erbrechen, jedoch oft ein fieberhaftes 1—3tägiges Prodromalstadium. Jedoch wird auch in ganzen Epidemieen, namentlich wo sie nur Neugeborene betrafen, die Krankheit als fieberlos geschildert. Die Blasen kommen bei älteren Kindern in geringerer Zahl, manchmal nur 3—6, bei jüngeren oft in grosser Menge unter Jucken und anfänglicher Bildung rother Flecke zum Ausbruche. Gesicht und Hals werden am häufigsten befallen, Hände und Füsse selten. Die Blasen sind bis zu thalergross, können mit kleineren Bläschen untermengt sein, heilen, indem sie bersten oder eintrocknen. Wiederholte bis 3 Wochen dauernde Eruptionen, hämorrhagische Beschaffenheit der Blasen, Ulceration ihres Grundes

erschweren ausnahmsweise den Verlauf. Diese anomalen Wendungen, sowie der ungemein seltene tödtliche Ausgang treten nur bei anderweit kranken kachektischen Kindern ein. Doch giebt Roeser eine Sterblichkeit von 7 : 35 an.

Die symptomatische Form kommt im Verlaufe der Pneumonie, des Darmkatarrhes, der Pyämie und verschiedener mit Marasmus einhergehender Krankheiten vor. Besonderes Interesse hat immer wieder der Pemphigus syphiliticus erregt. Man hat ihn geläugnet (Bärensprung) und wieder als Hauptform bezeichnet, ja als alleinige bei Säuglingen annehmen wollen. Angeborener Blasenausschlag, namentlich solcher, der überwiegend Handteller und Fusssohlen befällt, ist ziemlich sicher als Symptom der Syphilis aufzufassen; je weiter von der Geburt die Eruption entfernt ist, um so weniger berechtigt ist obige Annahme. Anderweite Zeichen der Syphilis der Eltern oder des Kindes machen die Annahme allein zur sicheren. Während der syphilitische Pemphigus bei den Erwachsenen zu den grössten Seltenheiten gehört und andere, besondere Charaktere bietet, die von Bamberger, Waller u. A. beschrieben wurden, macht er im Kindesalter ein starkes Bruchtheil der Fälle aus, ohne durch Form und Gruppirung der Blasen sich auszuzeichnen.

Die Mundhöhle wird in weniger als der Hälfte der Fälle mitbetroffen, nach einzelnen Angaben bei der syphilitischen Form nicht. Syphilitischer Pemphigus ist antisyphilitisch (Schmiercur, Sublimatbäder); Pemphigus, der während acuter Krankheiten ausbricht, ist zunächst gar nicht zu behandeln, da er mit der Heilung des Grundprocesses ohnehin oft abheilt; besteht er jedoch nach diesem Zeitpunkte noch fort, oder war er erst während der Reconvalescenz entstanden, so sind innerlich Tonica, äusserlich lauwarme Bäder anzuwenden. Diess sind denn auch die Hauptgrundsätze bei der Behandlung des idiopathischen Pemphigus der Kinder; vor Allem sorge man für gute Nahrung (die Milch einer gesunden Mutter oder Amme), welche ohnehin das wirksamste Tonicum bildet, nächstdem für möglichste Reinlichkeit des Bettes, der Wäsche etc., für öftere Lüftung. Sodann reiche man innerlich Eisen, Chinin, Oleum jecoris oder Wein, soferne, wie in sehr vielen Fällen, die Kinder schwächlich und herabgekommen oder geradezu scrophulös sind. Oertlich ist kaum mehr zu thun, als durch lauwarme Bäder, welchen man irgend welche indifferente Decocte beisetzen kann, die Reinlichkeit zu befördern und wunde Stellen, welche nach dem Platzen

der Blasen, oder Ulcerationen, oder dem Abfallen der Krusten entstehen, in einfacher Weise chirurgisch zu behandeln, zu welchem Zwecke von den Einen Bleicerat, von den Andern Streupulver von Lykopodium, Amylum etc., von den Dritten Aufstreichen von Traumaticin oder Glycerin empfohlen werden. Einige specifische Mittel sind auch gegen den nicht syphilitischen Pemphigus empfohlen, so von Trousseau Sublimatbäder, von Einigen alkalische Bäder mit Kali causticum oder kohlensaurem Natron, von Bednar das Arsen innerlich. Da die Krankheit gewöhnlich von selbst zur Heilung kommt, so haben eben so oft auch derartige Specifica die gewünschte Wirkung.

XII. Urticaria.

Nesselfriesel, Nesselfieber.

Mosler: Zur Aetiologie der Urticaria. Virchow's Archiv XXV. p. 604.
Bierbaum: Journ. f. Kinderkrankh. XLI. 208 und XLV. 217. L. 45.
Heusinger: Eine merkwürdige Hautkrankheit. Virchow's Archiv XXIX. 337.

Dieselbe Veränderung der Haut, die in Form einer rothen, vielleicht auch in der Mitte weissen Quaddel hervorgerufen wird durch die Haare der Nesselarten, durch den Stachel vieler Insecten, entsteht auch bei manchen Leuten durch thermische Einwirkung (heisses Bad, Sonnenhitze), durch Faradisation der Haut, durch mechanische und chemische Einwirkungen. So beobachtete Heusinger bei einem 16jährigen Jungen nach blossem Fingerdruck jedesmal urticariaartige Hautentzündung, E. Wagner nach Atropin-Einspritzungen einen Urticariakranz um die Einstichstelle. Gleiche Hauterkrankung wie durch diese örtlichen Reizungen kann aus inneren Gründen entstehen. Ihr Verbreitungsbezirk ist dann meist ein ausgedehnter, den grössten Theil der Körperoberfläche betreffend. Eine Reihe von Speisen und Genussmitteln sind zunächst zu nennen; vielleicht am Häufigsten erzeugt Champagner Urticaria, dann aber auch andere Arten von Wein, manchmal Bier. Von Speisen sind es namentlich bestimmte Arten Fleisch, Wurst, Krebse, Erdbeere, Himbeere, Johannisbeere, von Arzneimitteln hie und da Chinin, Leberthran. U. entstand selbst bei einem 7mon. Kinde, nachdem die stillende Mutter Austern, Fisch und Krebse gegessen hatte (Firmin). Auch im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten kommt Urticaria vor, so bei Intermittens und Recurrens. Ich habe sie mehrmals im Verlaufe acuter Brustkrankheiten in unmittelbarem

Anschluss an den Fieberfrost auftreten sehen, so dass sie eine ähnliche Wirkung desselben wie der Herpes facialis zu sein schien. Nach Feytaud und Finsen macht Ausfluss von Echinococcus-Flüssigkeit in seröse Höhlen Urticaria-Eruption. Für die Auffassung derselben als vasomotorischer Nervenkrankheit sprechen besonders zwei Beobachtungen: Ausschliessliches Auftreten innerhalb des Bezirkes einer Brachialneuralgie und ganz auf diesen beschränkt (Fahrner), und dann das von Gynäkologen öfter gesehene Auftreten nach Application von Blutegeln an die Gebärmutter. Am Häufigsten tritt die Krankheit im Gesicht auf, nächstdem in der Gegend der Gelenke, der Extremitäten. Sie bildet zahlreiche, 1—5 Cmtr. grosse, flache, rothe Erhabenheiten von zackig gesäumtem rothem Hof umgeben, auf der Höhe ihrer Entwickelung in der Mitte weiss, deren Bestand nur wenige Stunden dauert. Gegen Ende sieht man noch kurze Zeit einen trüb rothen, ganz wenig erhabenen Fleck. Jede Quaddel ist von lebhaftem Brennen und Jucken, ganz ähnlich wie bei Nessel- oder Flohstichen begleitet. Den Ausbruch kündigen an oder begleiten in manchen Fällen Schüttelfrost und starkes Fieber, während er andere Male ohne jede Störung des Allgemeinbefindens erfolgt. Gewöhnlich ruft die einmalige Einwirkung der krankmachenden Ursache nur einen Ausbruch hervor, der übrigens durch immer neues Kommen und Gehen von Quaddeln ziemlich verlängert werden kann. Andere Male folgen mehrere Ausbrüche in unregelmässigen Zeiträumen oder mit ausgesprochenem Tertian- oder Quotidiantypus. Aus einem solchen darf man keineswegs schliessen, dass Intermittens die Ursache der Krankheit sein müsse.

Die Hautveränderung wird erzeugt durch eine äusserst acute Hyperämie und seröse Ausscheidung in dem Papillarkörper der Haut. Erfolgt letztere in sehr reichlichem Maass, so kann auf einzelnen oder vielen Quaddeln Blasenbildung erfolgen. Was man gewöhnlich von juckenden Blasen auf der Haut, die schnell wieder vergehen, berichten hört, beruht auf Verwechslung der centralen, durch Druck des Exsudates anämisch und blass gewordenen Stellen der Quaddeln mit Blasen. Anderseits liegen wenige, aber zuverlässige Beobachtungen über das Erscheinen von wirklichen Blasen auf einzelnen Quaddeln vor. Dadurch wird diese Krankheit dem acuten Pemphigus ziemlich genähert, und es hat nichts Auffallendes, wenn man neuerdings einzelne Formen dieses letzteren als vasomotorische Störungen darzustellen suchte. Es gibt einzelne ungewöhnliche, leicht zu verkennende Urticariaformen. Dahin gehört diejenige, wo

jedesmal nur eine, dann aber gleich handgrosse Quaddel die ganze Eruption darstellt. Dahin gehört ferner eine solche Reichlichkeit und Confluenz der Erkrankungsstellen, dass grosse Hautpartieen in den Zustand eines heftig schmerzenden acuten Oedemes versetzt sind. In diesem Falle folgt eine grobfetzige Abschuppung der Haut. Blonde Kinder mit zarter, blasser Haut sind besonders leicht der Urticaria ausgesetzt; gerade bei diesen pflegt auch die ödematöse Anschwellung der Haut leichter einzutreten und selbst noch das Exanthem etwas zu überdauern.

Die Prognose ist günstig, die Heilung erfolgt von selbst, aber die Verhütung ist schwierig. Hat man festgestellt, dass es sich um diese Krankheit und nicht etwa, wie besorgte Eltern oft meinen, um Scharlach oder Masern handelt, so muss man zunächst nach den Ursachen forschen. Aehnliche Formen, die durch Stiche von Epizoen hervorgerufen werden, sind sowohl an dem Einstichspunkt wie an dem zurückbleibenden kleinen Blutaustritte leicht zu erkennen und, wo guter Wille vorhanden ist, auch stets leicht zu beseitigen. Bei den durch innere Einflüsse erzeugten Formen hat man besonders zu forschen nach etwa anzuschuldigenden Speisen oder Medicamenten. Man muss hier berücksichtigen, dass die betreffende Idiosynkrasie zwar gewöhnlich von frühester Jugend auf und zeitlebens besteht, aber auch temporär vorhanden sein kann. Sorgfältigen und von Seiten des Arztes genügend instruirten Eltern wird es wenigstens in Fällen der ersteren Art meistens gelingen, die Schädlichkeit ausfindig zu machen und für die Zukunft fern zu halten. In dieser Beziehung erleichtert bisweilen hereditäres Vorkommen der Idiosynkrasie die Entdeckung. Wo mehrere Anfälle ohne neu einwirkende Schädlichkeit auf einander folgen, und wo starke gastrische Beschwerden dabei bestehen, hilft bisweilen ein Brechmittel oder Abführmittel. Bei intermittirenden Formen ist Chinin zum Wenigsten zu versuchen. Bei sog. chronischer Urticaria, d. h. häufigen Nachschüben der gewöhnlichen Form, hat das mit Vorliebe von manchen Aerzten angewandte Arsen verhältnissmässig selten Erfolge nachzuweisen; öfter noch gelingt es, durch eingreifende Aenderung der Lebensweise und ausschliesslichen Genuss der einfachsten Lebensmittel dem Uebel Halt zu gebieten. Neuerdings ist auch in solchen hartnäckig recidivirenden Fällen Atropinum sulfuricum zu $^1/_4$—$^1/_2$—2 mgrm angewandt worden, in manchen lange angeblich behandelten Fällen mit sofortigem und dauerndem Erfolg.

XIII. Zoster.

Zona, Gürtelrose.

v. Bärensprung: Die Gürtelkrankheit. Charité-Annalen Bd. IX.
L. Thomas: Arch. d. Heilk. 1868. IX. p. 495 u. VII. 449.
Mörs: Deutsches Arch. f. klin. Medicin Bd. III. p. 162 u. IV. p. 249.
E Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde 1861. p. 154. 1868. p. 389.
H. Bohn: Der Zoster im Kindcsalter. Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. II. p. 19.
C. Gerhardt: Ueber Zoster facialis. Jenaische Zeitschrift II. p. 345.
Hutchinson: In Virchow und Hirsch, Jahresber. 1866. II. p. 471 und Vernon ibid. 1868. p. 548.
J. Bierbaum: Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XLI. p. 213.

Unter den Bläschen tragenden Hautausschlägen wurden diejenigen, die Gruppen auf gemeinsamem gerötheten Grunde bringen, als Herpes bezeichnet. Auf diese Weise wurden zweierlei Hauptformen als Species eines Genus bezeichnet, die durch Pilze hervorgerufenen kreisförmig wuchernden Bläschengruppen, die man im Einklang mit dem Sinne des Namens Herpes am Besten auch ferner so bezeichnet, und die durch Nervenkrankheit hervorgerufenen, im Verlaufe wohl an Zahl aber nicht an Umfang wachsenden Bläschengruppen, die wir hier als Zoster zusammenfassen. Wo die die Erkrankung erzeugende Reizung den Hauptstamm eines Nerven, d. h. einer hinteren Wurzel oder des N. quintus, oder das dieser angelagerte Ganglion traf und dem entsprechend der ganze Verbreitungsbezirk des Nerven Sitz der Hauterkrankung ist, hat man es mit genuinem Zoster zu thun. Wo nur einzelne Gesichtsäste des Quintus betroffen sind, liegt Z. facialis vor, wo nur einzelne Nervenzweige der Genitalien, Z. progenitalis. Zerstreute Formen am Rumpf oder an den Genitalien werden als Z. phlyctaenodes zu bezeichnen sein. Der Zoster genuinus kommt nach Bohn bei Kindern relativ häufiger vor, als bei Erwachsenen; er ist schon bei Säuglingen beobachtet und kommt in den einzelnen Jahren der Kindheit ziemlich gleich häufig vor. Bei Erwachsenen zeigen sich Männer bedeutend, unter den Kindern Knaben etwas häufiger befallen, als das weibliche Geschlecht. Die Angabe, dass er nur einmal im Leben befalle ist unrichtig. Bestimmte Ursachen sind selten nachweisbar, in den genauer beobachteten Fällen weisen sie auf Verletzungen, die den Rücken trafen, ungewöhnliche Körperanstrengungen, oder auch geradezu auf gewisse Intoxicationen hin; namentlich Malaria, Syphilis,

Arsen und Kohlenoxydgas werden in dieser Richtung angeschuldigt. Die Verletzung hatte 2—5, meistens 3 Tage vor Ausbruch der Krankheit eingewirkt. Einer meiner Fälle von Zoster pectoralis betraf einen Buchbinderlehrling, der Scherzes halber öfter mit dem Rücken gegen eine Tischkante gedrückt worden war.

Sitz der Erkrankung ist am Häufigsten das Gebiet eines oder mehrerer unmittelbar über einander gelegener Intercostalnerven, besonders des 5. bis 8., ausserdem die grossen Nervenstämme der Extremitäten, viel seltener das Gesicht, hier vorwiegend der erste, am Seltensten der dritte Ast des N. quintus. Die Bezeichnung geschieht am Richtigsten nicht nach der Körperregion, sondern nach dem befallenen Nervengebiet, z. B. Z. nervi intercostalis V. dextri. Den Beginn der Erkrankung bilden Schmerzen in dem betroffenen Nervengebiet, als Ausnahme kommt wohl auch im ersten Anfang ein Frost vor. In diesem ersten, prodromalen Stadium wird der Zoster leicht mit Pneumonie oder Pleuritis verwechselt. Nach etwa drei Tagen bilden sich rothe erhabene Flecke, auf denen alsbald perlmutterglänzende, stecknadelkopfgrosse Bläschen aufschiessen. Jede einzelne Gruppe enthält gleichalterige Bläschen; von den sämmtlichen Gruppen erscheinen die am Meisten central gelegenen zuerst und sind daher auch stets an Entwickelung die ältesten, die am Meisten peripher gelagerten die jüngsten. Im weiteren Verlaufe können bei sehr starker Exsudation mehrere Bläschen einer Gruppe zur Blasenform zusammenfliessen. Oder bei intensiver Hyperämie, namentlich bei Personen mit Herzfehlern erfolgen Blutungen in den Grund der Bläschen, so dass diese ein bleigraues oder trüb violettes Aussehen bekommen. Diese letzteren Formen sind sehr geneigt, nach dem Bersten der Decke und Entleeren des stets alkalisch reagirenden Inhaltes in Verschwärung überzugehen. Gewöhnlich trocknen die Bläschen einfach ab, hinterlassen kleine Borken, dann pigmentirte Flecken und verschwinden endlich spurlos. Der Verlauf umfasst eine bis zwei Wochen, nur wenn Verschwärung eintritt, dehnt er sich auf 3 Wochen und länger aus. In diesem Fall bleiben charakteristische, gruppirte Narben zurück. Begleiterscheinungen des Hautausschlags können ganz fehlen, oder in Form leichter Fiebererscheinungen oder neuralgischer Schmerzen in der Ausbreitung des ergriffenen Nerven vorhanden sein. Selten sind beim Zoster der Extremitäten während des Bestehens der Hautkrankheit leichte Lähmungs- oder Reizungserscheinungen motorischer Nerven angedeutet. Die bei Erwachsenen vorkommende, das Hautleiden um Monate und

Jahre überdauernde hartnäckige Neuralgie ist für das Kindesalter nicht beobachtet. Ein einziger Sitz des Zosters bedingt constant auch motorische Störung: Wenn der erste Ast des Trigeminus ergriffen ist, findet sich die Pupille verengt. Dieser Bezirk ist zugleich der einzige, der eine wesentliche Gefahr mit sich bringt. Wenn der Ramus nasociliaris des ersten Astes ergriffen ist, wenn beim Zoster des ersten Quintusastes auch Bläschen vorne an der Nase erscheinen, tritt Augenentzündung hinzu, die zum Verluste des Sehvermögens führen kann. Im Verlaufe eines Intercostalnerven können 1—10 Gruppen auftreten. Bei vielen Gruppen liegen oft noch einzelne verirrte Bläschen dazwischen. Sind mehrere Intercostalnerven über einander befallen, so kann die Zahl der Gruppen noch viel bedeutender sein. Zoster ohne Bläschen, nur geschwollene hyperämische Flecke oder Knötchen bildend, kommt als Seltenheit vor. Wo nur eine Gruppe vorhanden ist, wird man leicht an Zoster phlyctaenodes, oder je nach dem Sitz an eine der beiden anderen Formen denken, wenn nicht neuralgische Schmerzen den Charakter des genuinen Zosters wahren. Wirkt die Ursache doppelseitig oder diffus ein, so kann auch der ächte Zoster ganz wohl doppelseitig vorkommen, Mörs hat solche Fälle mitgetheilt.

Ganz besonders zu doppelseitigem Auftreten geneigt ist diejenige specielle Form, die man als Zoster facialis bezeichnet. Sie ist stets Folge einer rapiden Temperatursteigerung oder einer starken Kopfcongestion. Man findet sie am Häufigsten nach einem Frostanfall, und zwar 1—5, im Mittel 3 Tage nach demselben hervortretend. Hauptsitz sind die Lippen, nächstdem Nase, Ohr, Wange, Gaumen. In Krankheiten mit langsam ansteigendem Fieber kommt er nicht zum Vorschein. Der Ausbruch ist von etwas Brennen und Jucken begleitet, wenn er sehr reichlich erfolgt, auch von Oedem der benachbarten Gesichtshaut. Verlauf und Rückbildung erfolgen etwas rascher und noch gutartiger, sonst ebenso wie bei den übrigen Zosterformen.

Die Prognose des Zoster bei Kindern ist jederzeit günstig. Lebensgefahr ist nie damit verbunden, der Ausgang stets der in vollständige Heilung. Die indifferenteste Behandlung ist die beste. Salben und Umschläge begünstigen den Eintritt von Verschwärungen. Nur bei starkem Brennen würde Grund zur örtlichen Anwendung der Kälte gegeben sein. Reibung, Bewegung und Zerrung der Theile müssen möglichst vermieden werden. Sonst bin ich nie genöthigt gewesen, Medicamente von einiger Wirksamkeit anzuwenden. Die

Gefahr des Rückfalles ist eine äusserst geringe, ausser beim Zoster progenitalis, der, durch örtliche Reizung hervorgerufen, sowohl leichter recidivirt, als auch leichter ulcerirt, wie die übrigen Zosterarten. Gegen den Zoster selbst ist die Galvanisation der betroffenen Nerven empfohlen worden. Gegen die bisweilen zurückbleibende Neuralgie nützt Faradisation, mehr noch subcutane Morphiuminjection.

XIV. Alopecia circumscripta.

A. areata. Area Celsi.

v. Bärensprung: Charité-Annalen 1858. VIII. 3. p. 59.
Geigel: Würzb. med. Zeitschrift Bd. I. p. 295.
Ziemssen: Area Celsi. Greifsw. med. Beitr. II. 1. p. 111.
Böck: Aus der Greifswalder med. Klinik. Beobachtungen über Area Celsi. Virch. Arch. Bd. 43. p. 336.
Rindfleisch: Area Celsi. Histologische Studie. Arch. f. Dermatolog. u. Syph. I. p 483.

Schon von Hippokrates und Celsus beschrieben, ist doch diese Krankheit erst durch die mikroskopische Forschung von Herpes tonsurans genau unterscheidbar geworden. Sie legt, wie dieser, Tonsuren an der behaarten Kopfhaut an. Nach vorausgegangenen unangenehmen Empfindungen von Spannung, Kälte u. dergl., oft auch ohne solche, werden beim Kämmen täglich mehr Haare hinweggenommen, die alle einer oder mehreren umschriebenen, kreisrunden Stellen angehörten. Diese Stellen werden lichter behaart, dann kahl, wachsen an Umfang, können zusammenfliessen und so aus der Kreisform in die einer Niere oder eines Biscuits übergehen, und können endlich den grössten Theil der behaarten Kopfhaut, ja selbst die Augenbrauen mitbefallen. Diese kahlen Flecke sind frei von Schuppen, oder irgend welchen Spuren von Hautentzündung. Im Gegentheil, ihre Haut ist blass, pigmentarm und blutarm, nur anscheinend uneben dadurch, dass sie collabirt ist und desshalb die Stellen der Haare und der Talgdrüsen mehr hervortreten lässt. Man hat gesehen, dass sie bei Druck sich nicht röthete, aus oberflächlichen Ritzen nicht blutete, endlich dass ihre Sensibilität vermindert war. Rindfleisch hat gefunden, dass jedes einzelne Haar der kranken Parthie in der Gegend zwischen mittlerem und unterem Drittel durch Einlagerung zahlreicher Fettkörnchen in seine Substanz eine brüchige Stelle erhält, an der dann später das Abbrechen stattfindet, dass dann unterhalb dieser Stelle eine knotige Anschwellung sich bildet, bedingt durch reichliche Neubildung von

Haarzellen bei ungenügender axialer Fortschiebung des Haares. Gruby glaubte auch bei dieser Hautkrankheit einen Pilz als Ursache nachgewiesen zu haben. Es ist jedoch seither bei mehrfachen Untersuchungen zuverlässiger Beobachter jede Spur seines Mikrosporon Audouini vermisst worden. Dennoch weisen einzelne nicht zu unterschätzende Beobachtungen auf eine bis jetzt unerklärbare Verbreitung der Krankheit durch Ansteckung hin. Ziemssen z. B. fand sie bei 6 auf derselben Schulbank sitzenden Kindern. Die Krankheit tritt meist in der zweiten Kindheit auf, selten bei Erwachsenen. Sie wird bisweilen durch auffällige Erkältungen der Kopfhaut eingeleitet. Die Deutung derselben als trophische Neurose (v. Bärensprung) hat für jetzt am Meisten für sich. Sie scheint in England häufiger zu sein, als bei uns. Vorausgegangene Scrophulose oder Rachitis, überhaupt schlechte Ernährungszustände disponiren dazu. Wenn sie durch Bildung von hinfälligen spitzen Haaren, dann von dauernden Haaren geheilt scheint, treten oft später wieder Rückfälle ein. Heilung ist häufig von selbst eingetreten; ausserdem hat man mit verschieden gutem Erfolge versucht, hautröthende Arzneimittel oder Tonica in Salbenform anzuwenden, so Euphorbium, Kanthariden, China. Von Rindfleisch ist Glycerin mit Tct. Capsici mit günstigem Erfolge angewandt worden. Tonisirende innere Behandlung ist ausserdem in den meisten Fällen nebenbei indicirt.

XV. Favus.

Tinea favosa, Erbgrind, Teigne.

H. Köbner: Klinische und experimentelle Mittheilungen über Dermatologie und Syhilidologie. Erl. 1864. p. 21 u. f.

Th. Starck: Jeanische Zeitschrift 1865. II. p. 220.

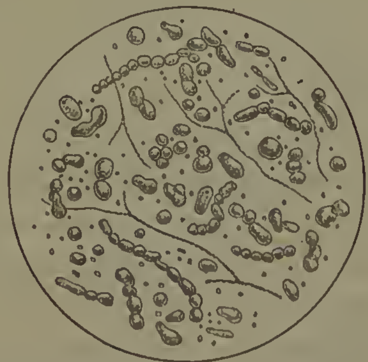
B. Wagner: Favus durch Herpes tonsurans erzeugt. Arch. d. Heilk. 1866. p. 472.

Dieser Ausschlag hat in der Geschichte der Hautkrankheiten eine hervorragende Bedeutung dadurch erlangt, dass Schönlein an ihm zuerst einen Pilz als Grund eines Hautleidens nachwies. Er entsteht zumeist im Knabenalter. Seiner in der Praxis gefürchteten Hartnäckigkeit entsprechend, kann er von da an ein ganzes langes Leben lang bestehen. Man sieht ihn fast ebenso häufig bei Erwachsenen als bei Kindern. Oft findet er sich bei mehreren Geschwistern, selten bei Eltern und Kindern. Schon das weist auf

seine Uebertragung durch Ansteckung hin. Man findet ihn ausser auf dem behaarten Kopfe auch bei Leuten, die schon lange daran leiden, auf Nacken und Oberarm, selten an den Oberschenkeln und dem Stamme. Hier ist die Verbreitung vom Kopfe auf diese Theile nicht zu verkennen. Er kommt auch bei Thieren (Maus, Huhn, Kaninchen) vor und lässt sich vom Menschen auf diese und von da auf den Menschen übertragen. Zu seiner Uebertragung bedarf es feuchter, schmieriger Epidermis, für seine gewöhnliche Entstehung bildet Unreinlichkeit eine der constantesten Bedingungen.

Der ausgebildete Favus, wie er gewöhnlich zur Beobachtung kommt, nimmt einen grösseren oder kleineren Theil der behaarten Kopfhaut ein; meistens lässt er einen Theil des Randes derselben frei. Man findet die Haare theils ausgefallen, theils abgebrochen und desshalb von sehr ungleicher Länge, glanzlos, wie fein gepudert aussehend, beim Rupfen leicht ausgehend. Die Kopfhaut selbst ist bedeckt mit einer schwefelgelben, trockenen, leicht zerreibbaren Kruste, die aus einzelnen dicht neben einander sitzenden, schüsselförmigen, stecknadelknopf- bis linsen-, höchstens groschengrossen Borken bestehen. Jeder einzelnen derselben entspricht eine kleine Vertiefung in der leicht hyperämischen, sonst aber unversehrten Kopfhaut. Der ganze Kopf zeigt einen auffallenden unangenehmen Geruch, die benachbarten Lymphdrüsen sind angeschwollen. Jedes einzelne dieser Schüsselchen besteht, mikroskopisch, aus einer Anzahl von Epidermiszellen, aus einer Unsumme farbloser Myceliumfäden und Gonidien. Die ersteren zeigen dichotome Verästelungen, hie und da Scheidewände, Kerne, stark lichtbrechende Hohlräume, die letzteren liegen bald einzeln, bald kettenförmig an einander gereiht und zeigen eine deutliche Eiform. Spontanheilung des F a v u s kommt auf zweierlei Weise vor. Bei einem gewissen Uebermaass von Unreinlichkeit tritt Eiterung unter den Favusborken ein, löst dieselben los und entfernt sie mit den Haaren, die gleichfalls Pilze enthalten. Häufiger geschieht es, dass mit fortschreitendem Alter die Kopfhaut atrophisch und haarlos wird, und dass dann die Favusborken ganz trocken abfallen, oder sich etwa nur noch auf einer kleinen, behaart bleibenden Stelle der Kopfhaut erhalten, na-

Fig. 44.



Favuspilz.

mentlich am Hinterhaupt und hinter den Ohren. Entfernt man künstlich alle Borken und, so gut es geht, auch die Haare, so beginnen Recidive in der Art, dass eine starke Schuppung der Kopfhaut eintritt und innerhalb dieser kleine gelbe, festhaftende, punctförmige Häufchen entstehen, die dann zu der gewöhnlichen Borkenform auswachsen. Impft sich dagegen der Favuspilz durch Herabfallen von Schuppen auf die Arme oder den Rumpf seines Trägers über, oder werden Andere an diesen Theilen angesteckt oder künstlich geimpft, so ist der Verlauf ein anderer. Köbner hat zuerst gezeigt, dass dann ein herpetisches Vorstadium sich entwickelt. Es bilden sich genau die rothen Flecke, die in der Mitte heilend zu bläschenumsäumten, rothen Kreisen werden, wie wir sie demnächst als Herpes tonsurans kennen lernen werden. Innerhalb dieser kommen erst nach längerer Zeit kleine napfförmige Favusborken zum Vorschein.

Den Pilz, den Schönlein im Favus entdeckte, hat man Achorion Schoenleinii genannt, den von Malmsten im Herpes tonsurans entdeckten, Trichophyton Malmstenii; gibt es nun einen eigenen Pilz, der auf der Haut nur Herpes tonsurans bewirkt, und einen anderen, der erst Herpes, dann Favus hervorruft, oder bedingen es bessere Culturverhältnisse der Haut, dass ein diesen Krankheiten zu Grunde liegender Pilz in vielen Fällen nur das erste Stadium der krankhaften Veränderungen, die er hervorrufen kann, zu Stande bringt? Eine Beobachtung von B. Wagner, wo aus gewöhnlichem Herpes tonsurans sich Favus entwickelte, spricht sehr zu Gunsten der letzteren Annahme. Dass der auf dem Menschen als Achorion und Trichophyton vorkommende Pilz auch sonst in der Natur unter anderen Namen vorkomme, ist von Vorne herein sehr wahrscheinlich. Seitdem es A. Zürn gelungen ist, durch Einreibung von Penicillium glaucum Kaninchen Favuskrank zu machen, dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass dieser ganz gewöhnliche Schimmelpilz die genannten Hautkrankheiten verursachen kann.

Um den Favus zu heilen, muss man sämmtliche Borken entfernen, was am Besten nach Tränkung derselben mit Oel geschieht, die Haut durch fleissige Seifenwaschungen vollständig rein halten, alle kranken Haare ausziehen lassen und dann pilztödtende Mittel anwenden. Zu dem Zwecke sind Alkohol, Jodtinctur, Acidum sulfurosum, Lösungen von Sublimat, Chinin, Carbolsäure u. s. w. empfohlen. Der Erfolg hängt mehr von der vollständigen Entfernung

der Haare und der grössten Reinlichkeit ab, als von den angewandten Mitteln.

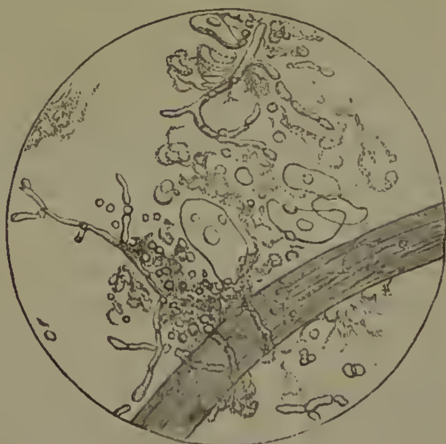
XVI. Herpes circinnatus, Herpes tonsurans.

Ringwurm.

Friedinger: Jahrb. f. Kinderkrankh. II. p. 85.
Köbner: Klinische und experimentelle Mittheilungen über Hautkrankheiten p. 6 u. f.
E. Hallier: Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Körpers. Leipz. 1866.
P. Michelson: Ueber Herpes tonsurans und Area Celsi. Volkm. klin. Vortr. nr. 120.

Von den durch Pilze erzeugten Hautkrankheiten sind vier Arten, die man gewöhnlich unterscheidet, identisch. Ihre Unterschiede beruhen nur auf Einflüssen des Bodens, der Hautstelle, auf die ihre Keime gerathen sind. Ekzema marginatum und die parasitäre Form der Sykosis kommen nur bei Erwachsenen vor. Herpes tonsurans und H. circinnatus stellen die gleiche Hautkrankheit vor, im ersteren Falle auf der behaarten Kopfhaut, im letzteren an anderen Hautstellen entwickelt. Erst bildet sich ein leicht erhabener rother Fleck, Bläschen, bisweilen nur Schuppen tragend, dann breitet sich dieser nach allen Seiten gleichmässig aus, stets am Rande frisch roth, meist auch mit Bläschen besetzt, indess die Mitte abschwillt, verblasst, sich gelblich färbt, ihre Bläschen verliert, aber fortfährt Schuppen zu bilden. Die frischrothe Randzone ist $^1/_4$—1 Cmtr. breit. Der ganze Kreis kann über Halbhandgrösse erreichen, meist sieht man ihn von einigen Cmtr. Durchmesser. Erfolgt nach längerem Bestande das Wachsthum unregelmässig oder nur noch stellenweise, so entstehen elliptische, buchtige, Biscuitformen, oder blosse Kreissegmente. Die Bläschen sind bei der (hier wenigstens) gewöhnlich vorkommenden Form eben sichtbar, ihr Inhalt wasserklar, bei einer anderen Form, die ich besonders bei von Thieren inficirten Landleuten gesehen habe, erreichen die Bläschen Stecknadelkopfgrösse, bestehen län-

Fig. 45.



Herpes tonsurans und circinnatus des Gesichtes eines 6jährigen Knaben. Pilzfäden und Conidien. Vergr. 300.

ger und erhalten milchig trüben bis eiterähnlichen Inhalt. In den den Bläschen zunächst gelegenen Schuppen, und zwar mehr in den tieferen, als in den an der Oberfläche gelegenen, findet man nach Behandlung mit Kalilösung oder Glycerin spärliche, gabelig getheilte, hie und da mit Scheidewänden versehene Pilzfäden. Einzelne tragen keilförmige oder birnförmige, gelb oder bräunlich gefärbte Fruchtkapseln. Solcher Erkrankungsstellen finden sich häufig mehrere zugleich vor. Aus ihrer gleichen oder verschiedenen Grösse kann man schliessen, ob sie gleichzeitig oder durch Ansteckung von einer ersten Erkrankungsstelle aus entstanden sind. Wird der behaarte Kopf befallen, so wachsen die Pilzfäden in die Haare hinein und machen dieselben brüchig. Durch Abbrechen oder Ausfallen der Haare entstehen dann kreisrunde, kahle oder nur ganz kurz behaarte Stellen mit schuppender Kopfhaut, von einem Kranz von Bläschen umsäumt. Die Krankheit entsteht durch Uebertragung des betreffenden Pilzes auf die Haut. Sie kommt in jedem Lebensalter vor, doch bei Kindern mindestens ebenso häufig, als bei Erwachsenen. Die Uebertragung kann erfolgen 1) durch Favusborken, 2) durch Schuppen von Kranken mit Herpes tonsurans, 3) von Kranken mit Sykosis oder Ekzema marginatum, 4) von Thieren mit Pilzkrankheiten her. Für die Uebertragung des anderswo als auf dem Thierkörper gewachsenen Pilzes auf die Haut des Menschen mit dem Erfolg der Entstehung d i e s e r Krankheit sind mir keine beweisenden Fälle bekannt. Uebrigens kann die auf Favus bezügliche Erfahrung von Z ü r n hier mit verwendet werden. Die Erkrankung gehört zu den leichter heilbaren; vorzüglich dann, wenn sie an der unbehaarten Haut vorkommt. Etwas schwieriger ist sie beim Sitz in den Kopfhaaren zu beseitigen, am Schwersten, wenn der Bart ihr Sitz ist. Häufig genügt fleissige Waschung der betreffenden Stellen mit Seifenwasser, jedenfalls die Behandlung der zuvor sorgfältig gereinigten Hautstellen mit Lösungen von Carbolsäure, schwefelsaurem Chinin, Sublimat oder Kali, die in solcher Verdünnung anzuwenden sind, dass sie keine Hautentzündung machen. Auch am behaarten Kopf gelingt gewöhnlich mit diesen Mitteln die Heilung, nur in den hartnäckigsten Fällen würde die Entfernung der Haare zuvor, um den Erfolg zu sichern, stattfinden müssen. Die haarlosen Stellen erhalten ihre Behaarung nach der Heilung vollständig wieder. Die Behandlung muss immer, sobald die Erkrankung erkannt ist, alsbald eingeleitet und energisch geführt werden, schon wegen der Gefahr des Ueberganges in Favus.

XVII. Scabies.

Krätze, Gale.

Burchardt: Ueber Krätze und deren Behandlung. Arch. f. Dermatologie I. 180.

Kinder sind in gleichem Maasse wie Erwachsene der Krätze ausgesetzt. Sie erhalten dieselbe durch Uebertragung, und zwar ganz gewöhnlich von ihren Eltern, Wärtern, Ammen, kurz von Menschen her, seltener von den die gleiche Milbe beherbergenden Thieren (Pferd, Hund). Die Uebertragung erfolgt vorzüglich durch Abstreifung aus den Gängen hervorgekommener junger Milben von einer unbedeckten Hautstelle des Einen auf die des Anderen. Dass sie auch durch Kleidungsstücke und Bettwäsche übertragen werden können, glaube ich auf unzweideutige Beweise hin. Wo immer thunlich, muss man ausfindig machen, woher die Krätze eines Kindes stammt, um zu verhüten, dass es nochmals aus derselben Quelle die Ansteckung entnehme.

Die Symptome sind die eines heftig juckenden Hautausschlages. Das Jucken steigert sich zur Nachtzeit und zwar zu solchem Grade, dass Kinder in den ersten 3 Lebensjahren oft die ganze Nacht schlaflos und schreiend zubringen, oder doch nur vorübergehend auf dem Arme Ruhe finden, im Bette sofort wieder unleidlich gequält werden. Der Bezirk, innerhalb dessen hauptsächlich gekratzt wird, also auch das Jucken empfunden wird, ist bei Kindern ein weniger umschriebener, als bei Erwachsenen, wo er nach Hebra's Schilderung von der Brust bis zum Knie sich erstreckt. In den ersten Lebensjahren gehört das Gesicht noch wesentlich mit dazu. Die durch das Kratzen erzeugten Veränderungen an der Haut sind sehr manichfacher Art, aber innerhalb ihrer Ungleichförmigkeit überwiegt die Form des impetiginösen Ekzems. Dazwischen finden sich grössere Pusteln und einzelne Furunkeln vor. Beweisend für die Natur der Krankheit sind die Gänge der Milben, die sich bei Kindern über den ganzen Körper zerstreut, namentlich nicht selten auch im Gesichte vorfinden. Sie werden als winkelige, leicht im Zickzack gebogene Linien, nach Hinten offen, weiss oder von Schmutz grau gefärbt, nach Vorne mit einem weisslichen Punkte endigend, erkannt. Ihre Länge beträgt bis zu 3 Cmtr. Am Allerbeweisendsten ist der Nachweis der Milbe, die mit einer Nadel herausgehoben, obwohl von blossem

Auge eben sichtbar, doch erst unter dem Mikroskop bestimmt erkannt wird. Die Krätzerkrankung wird bei Kindern leichter verkannt, als bei Erwachsenen. Gar manches stark juckende und auffällig hartnäckige Ekzema universale ist im Grunde nichts Anderes, als Scabies. Nichts Anderes schützt vor dieser Verwechselung, als Uebung und Sicherheit im Auffinden der Gänge und Milben. Seltsamerweise finden auch Verwechselungen Statt zwischen Krätze und Syphilis, obwohl diese von Vornherein durch Mangel des Juckens ihrer Hautausschläge gekennzeichnet ist.

Die Behandlung ist durch die Einführung des Perubalsams und des flüssigen Styrax ungemein erleichtert und abgekürzt worden. Es ist heutzutage geradezu Unrecht, noch durch starkes Reiben der Haut, durch Anwendung von Schwefel, Sand und Alkalien der Krätze entgegenzutreten. Das Cinnamen und Cinnameïn dieser Balsame dringen sicher in die Gänge ein und tödten sicher binnen einiger Stunden die Milbe. Perubalsam wird für sich angewandt, Styrax liquida mit Zusatz von ¼ Olivenöl. Alle erkrankten Hautstellen müssen bestrichen werden, vorheriger Bäder oder Einreibungen bedarf es nicht. Eine einmalige vollständige Bestreichung genügt. Man muss nachher, während nach mehreren Stunden ein Bad genommen wird, die Leib- und Bettwäsche wechseln lassen und Sorge tragen, dass gleichzeitig erkrankte Familienangehörige oder Wartpersonen auch gleichzeitig der Behandlung unterzogen werden. Wenn nach Burchardt 9 Grm. Perubalsam und 15 Grm. Styraxmischung für einen Erwachsenen genügen, so ist sicher die halbe Menge für ein Kind unter 5 Jahren schon überflüssig ausreichend.

XVIII. Seborrhöe.

Im ersten Lebensjahre zeigen sich die Talgdrüsen überaus thätig und verursachen oft Anhäufung ihres Secretes an der Haut in Form eines dünnen, rissigen, fettigen, weisslichen Häutchens, das durch einfaches Baden oder Waschen leicht entfernt wird (Seborrhoea universalis). Nur an der Kopfhaut pflegt sich die Sache anders zu gestalten, indem hier das Secret reichlicher abgesetzt wird und wegen der, wenn auch dünnen, Behaarung nicht gut entfernt werden kann. So geschieht es denn bei ungenügender Reinigung der Haut, dass erst ein fettig-schuppiger, weisslicher Beleg auf der Haut sich anlegt, dann durch fortdauernde Secretanlagerung verdickt und durch Beimengung von Staub und Schmutz dunkelgelb oder

braun gefärbt wird. Es entstehen flache, dicht anliegende Borken, welche auf grosse Strecken hin, namentlich am Vorderhaupte zusammenhängende Massen bilden und unter welchen, wenn man sie entfernt, die gesunde, höchstens leicht geröthete Haut zum Vorscheine kommt. Mit dem zweiten Lebensjahre werden diese Borken trocken, werden von den stärker wachsenden Haaren in die Höhe gehoben und verlieren sich. Gewöhnlich sind dieselben Eltern oder Pflegeleute, welche zu träge sind, die Kinder gehörig zu reinigen, darin zugleich durch den Glauben unterstützt, dass dies nachtheilig für dieselben sei. Man bestehe dem gegenüber darauf, dass die Borken mit Oel eingerieben und einige Zeit nachher abgelöst werden und dann die Kopfhaut durch Waschungen mit Seifenwasser rein gehalten werde.

XIX. Sclerema neonatorum.

Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen.

Billard: Traité des maladies des enfants. Ed. II. p. 179.
Bouchut: Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Ed. V. p. 829.
Journ. f. Kinderkrankheiten XXXV. 80. und 318. und XLV. 153.
Hervieux: Ibid. XLII. 247.
C. Hennig: Die Verhärtung des Zellgewebes der Neugeborenen. Arch. d. Heilk. II. p. 513.
Löschner: Ueber die progressive Algidität, das Sklerem und die sogenannte Greisenhaftigkeit der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilkunde II. 91.
Clementowsky: Die Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen. Oestr. Jahrb. f. Pädiatr. I. Bd. 1873 (Jahrb f. Kinderheilk. Bd. VII. S. 220).
J. Bierbaum: Das Sclerem d. Neugeb. Deutsche Klinik. 1873.

Von der Zellgewebsverhärtung werden schwächliche, unausgetragene, schlecht genährte und schlecht gepflegte Kinder hauptsächlich in den ersten 2 Wochen ihres Lebens, manchmal auch noch etwas später befallen. Schon von Billard, neuerdings wieder von Suckling, wurde das angeborene Vorkommen der Krankheit beobachtet. Auf die Wintermonate treffen viel mehr Erkrankungen, als auf die des Sommers. Bei den Armen der grossen Städte, namentlich aber in Findelhäusern und Kinderhospitälern kommt die Krankheit häufig vor. Die französischen Aerzte haben augenscheinlich viel mehr Gelegenheit, Beobachtungen darüber zu sammeln, als die deutschen.

Die Krankheit liefert zwei hauptsächliche Zeichen: Das Hartwerden des Unterhautbindegewebes und der Haut selbst mit oder

ohne Oedem und das Sinken der Körperwärme. Zur Zeit der Erkrankung zeigen viele dieser Kinder noch die rothe Färbung der Haut, die man als Erythem der Neugeborenen beschreibt; andere sind blausüchtig in Folge von Atelektase, wieder andere sind gerade von Gelbsucht der Neugeborenen betroffen. Die Veränderung der Haut beginnt gewöhnlich an den Waden und verbreitet sich von da aufwärts auf Oberschenkel, Rumpf und Arme und abwärts auf die Füsse. Sie kann jedoch auch an der Brust, am Gesicht und an beliebigen anderen Stellen beginnen. Die erkrankten Hautparthieen bekommen ein blasses, gelbliches, wachsähnliches Aussehen, fühlen sich hart, starr und kalt an und gewinnen, wenn Oedem hinzutritt, beträchtlich an Umfang. Anfangs bleibt die Beweglichkeit der Glieder erhalten, nur am Gesicht wird die Bewegung der Lippen und das Saugen unmöglich. Später wird bei allgemeinem Sklerem der Körper durch die starre Haut gesteift, so dass er in einzelnen Fällen durch Unterstützung am Nacken wie ein Brett aufgerichtet werden konnte.

Vom Beginn der Erkrankung an spricht sich aus, dass es sich nicht um ein örtliches Hautleiden, sondern um tiefgehende Störungen der wichtigsten Functionen handelt. Schon vor Beginn der Verhärtung des Bindegewebes werden die Kinder schläfrig, stossen einzelne wimmernde Schreie aus, und machen nur schwache Bewegungen. Puls- und Herzschlag wurden häufig verlangsamt, andere Male beschleunigt, immer sehr stark getroffen. Von der Körperwärme hat Roger zuerst nachgewiesen, dass sie mit Beginn der Erkrankung zu sinken beginnt, und im Verlaufe derselben um mehrere Grade, ja bis zu 10° C. unter Normal zu stehen kommt. Dem entsprechend zeigt sich beim Befühlen der Extremitäten eine wahre Marmorkälte, selbst der Mund fühlt sich kalt an. Dieses Sinken der Körperwärme erfolgt trotz der besten Umhüllung, es ist so fest begründet, dass es selbst durch die Entwickelung einer croupösen Pneumonie, die nicht selten stattfindet, nicht ganz verhindert werden kann. Es ist von grossem Interesse, dass man bei marantischen Kindern ohne Zellgewebsverhärtung ein solches Sinken der Temperatur mehrere Tage vor ihrem Tode beobachtet hat. Die Respiration, oberflächlich und beschleunigt, wird bald erschwert und durch Husten unterbrochen. Von den Unterleibsorganen sind keine constanten Symptome beobachtet. Im Verlaufe von einem, höchstens vier Tagen führt die Krankheit zum Tode, viel seltener zur Genesung. Im letzteren Falle verliert sich das wachsartige Aussehen

und die Härte der befallenen Theile, ebenso die Cyanose der übrigen Haut, die Körperwärme hebt sich, das Saugen wird erleichtert und das zuvor stark gesunkene Körpergewicht nimmt wieder zu.

Die anatomische Untersuchung ergibt körnige, harte Beschaffenheit des Unterhautbindegewebes (noch mehr als sie sonst schon an Kinderleichen beobachtet wird), Oedem der zwischenliegenden Bindegewebszüge, bisweilen selbst der unterliegenden Muskeln und ihrer Bindegewebshüllen. Das aus dem ödematösen Bindegewebe ausfliessende Serum gerinnt, wie es auch sonst oft vorkommt, nachträglich, die Arterien und Venen sind frei, nach einzelnen Angaben soll die Injection der Capillaren nicht oder schwer gelingen, nach andern so leicht, wie sonst auch. An den inneren Organen fällt häufig auf: Spärlichkeit der Blutgerinnsel, vielfache capillare Extravasation, Lungenatelektase, katarrhalischer Icterus, Darmkatarrh, Lobulärpneumonie, hämorrhagischer Infarct. Demme fand Verfettung des Herzmuskels, Parrot constant Ecchymosen auf der Blasenschleimhaut. Wenn man öfter den Darm etwas kurz, den D. Botalli noch offen fand, so sollte das bei früh- und neugeborenen Kindern leicht erklärlich sein. Unter den zahlreichen Versuchen, ein Verständniss für die Erscheinungen dieser Krankheit zu gewinnen, stellen die Neueren zumeist und, wie ich glaube, mit Recht das Sinken der Körperwärme in den Vordergrund. Mannigfache Gründe lassen sich geltend machen für diese Erscheinung. Frühgeborene Kinder sind häufig noch nicht im Stande, zu saugen, andere erhalten nicht genug Nahrung, assimiliren sie nicht wegen Darmkatarrh, oder werden bei ungenügender Wärmeproduktion gegen die Wärmeabgabe nach Aussen nicht genügend geschützt. Auch das überwiegende Vorkommen der Krankheit zur Winterszeit steht mit dieser Auffassung im Einklang. Wenn man andauernde Rückenlage als Ursache aufgeführt hat, so scheint auch dies mit Hinblick auf die Wärmeproduction durch Muskelthätigkeit sehr wohl zuzutreffen. Die Erstarrung des Fettgewebes muss dann als Folge des Sinkens der Körperwärme aufgefasst werden, dann erklärt sich, dass sie gewöhnlich an den nahezu vom Rumpf am Weitesten entfernten Theilen beginnt. Wenn die Gesichtshaut bisweilen zuerst erstarrt, so trifft dies den allein unbedeckten Theil.

Die Behandlung hat zum Zweck Ernährung und Hebung der Körperwärme. Eine gute Amme, deren Milch im Anfange nöthigenfalls eingespritzt wird, leistet hier die besten Dienste. Fehlt diese, so muss man Kuhmilch oder Liebig'sche Suppe einzuspritzen suchen,

dazwischen kann etwas Wein tropfenweise gereicht werden; auch von der Verabfolgung von Kampher und Moschus hat man Vortheil gesehen. Warme Bäder, Einhüllung in warme Tücher, vorzüglich aber die von Legroux empfohlene Knetung des Körpers, namentlich der Extremitäten, dienen dazu, die Körperwärme zu heben. Auch die Faradisation der Muskeln dürfte zu dem gleichen Zweck zu versuchen sein.

XX. Skerodermie.

Sklerema adultorum, Sklerom, Sklerosis cutanea simplex, True Keloid (Addison).

J. Wernicke: Beitrag zur Lehre vom Hautsklerem. Diss. Jen. 64. p. 25. und 26.

F. Arning: Würzb. med. Zeitschrift II. 186 und V. 256.

Köhler: Zur Lehre von der sogenannten einfachen Hautverhärtung. Württembergisches Correspdzbl. XXXII. 15—17. Schmidt's Jahrb. CXVIII. p. 188.

Leisrink; Deutsche Klinik 1869. Nr. 3. Jahresber. 1869. II. p. 541.

Roger: Ueber das Sklerem bei Kindern. L'union 97. 1860. Schmidts Jahrb. CIX. p. 205.

J. Neumann: Wien. med. Presse 1871. Nr. 43, 45 u. f.

O. Silbermann: Ueber Sclerodermie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. XV. S. 443.

Die von Thirial zuerst bestimmt beschriebene Sclerodermie gehört noch anscheinend zu den seltneren Hautkrankheiten, weil sie keineswegs allenthalben so wie z. B. in Giessen und Hamburg genau gekannt und beachtet ist. So sind z. B. aus einer der grössten dermatologischen Kliniken erst in den letzten Jahren Fälle davon mitgetheilt worden. Wenn z. Z. etwa 27 Fälle davon bei Kindern vorliegen, so ist obiger Umstand zu beachten, ferner die Wahrscheinlichkeit, dass dieses überaus chronische Leiden manchmal am Erwachsenen erst zur Beobachtung kam, wo es schon beim Kinde entstanden war. Cruse fand es schon bei einem Neugeborenen, das in einen Abort geworfen worden war. Obwohl die eigentlichen Ursachen des Sclerem's noch unbekannt sind, enthalten die pädiatrischen Fälle davon doch einige scharf hervortretende ätiologische Züge. Mehrmals werden traumatische Einwirkungen berichtet, die den Beginn der Sclerodermie an besonders auffallenden Stellen bewirkten, am Knöchel, an der Schulter etc. Ferner waren mehrmals Rheumatismen vorher, Herzfehler gleichzeitig vorhanden, was mit

der von den meisten Monographen hervorgehobenen Bedeutung öfterer Erkältungen für den Gang der Krankheit übereinstimmt.

Die Haut schwillt Anfangs etwas an, wird glänzend, verändert ihre Farbe leicht ins röthliche, gelbliche oder leicht braungelbe. Sie wird dabei hart und derb, kann nicht mehr aufgehoben oder gefaltet werden. Diese Veränderung greift in ungleichmässiger Weise um sich, der Saum an den fortschreitenden Stellen ist leicht wallartig erhaben, mit einzelnen Erweiterungen feiner Gefässe besetzt. An grösseren Flächen sind es oft strahlige, scheerenartige Fortsätze, die wie bei dem Keloid, aus dem kranken ins gesunde Gewebe überstrahlen. Bald bleibt diese Veränderung stationär an irgend einem kleinen Theile des Körpers, bald breitet sie sich aus über die ganze Oberfläche, selbst auf die Schleimhäute, wenigstens die der Mundhöhle übergreifend. Mancherlei Functionsstörungen können daraus entstehen, Schwerbeweglichkeit der Glieder, Beengung des Athmens durch die panzerartige Einschnürung des Thorax, Starre der Gesichtszüge, steife Haltung des Halses. Bald bleibt die geschwollene bretartig harte Beschaffenheit der Haut dauernd bestehen, bald auch kommt es nach Jahren zu einem Rückbildungs- und Atrophirungsprocesse, in Folge dessen die Haut verdünnt und verkürzt wird bei fortdauernder Steifheit. Sie bekommt ein rothes, grobschuppiges, wie verbrühtes Aussehen. Durch diese spontane narbenartige Umwandlung werden die unterliegenden Theile eingeschnürt und zu einem gewissen Grade von Verschmächtigung gebracht. An den Streckseiten der Gelenke bildet die unelastische Haut Vorrathsfalten, trotz deren sie jedoch leicht einreisst und wund wird. Ihre Sensibilität ist erhalten, die Schweissabsonderung erhalten oder vermindert. Mit dem veränderten Aussehen der Epidermis hängen leichte Ernährungsstörungen und Formveränderungen an Haaren und Nägeln zusammen. Die anatomischen Befunde sind etwas ungleich ausgefallen, hauptsächlich je nach dem Stadium der Erkrankung. Anfangs werden Haut- und Unterhaut-Bindegewebe verdickt, hart, letzteres noch fetthältig, beide überreich an lymphatischen längs der Gefässe gruppirten Elementen getroffen, das Unterhautbindegewebe mit gelatinösem Oedem infiltrirt; später findet eine reichliche Bindegewebswucherung, durchsetzt von viel elastischem Gewebe statt, endlich bei der narbenartigen Rückbildung mangelt dem Unterhautbindegewebe der Fettgehalt, es ist straff an die unterliegenden Fascien oder Muskeln angeheftet, ebenso wie die

Haut aus dichtem Bindegewebe mit zahlreichen elastischen Fasern bestehend.

Man hat wegen des lymphatischen Ergusses im ersten Stadium die Krankheit in nahe Beziehung bringen wollen mit der Elephantiasis arabum (Rasmussen) und eine Bestätigung dieser Auffassung darin gefunden, dass mehrfach auch der Sclerodermie wohlausgesprochenes Hauterysipel vorausging. Neuerdings fand Heller in einem Falle von allgemeiner Sclerodermie Verschluss des Ductus thoracicus vor.

Nach Jahrelangem Bestande dieses Leidens erliegen Viele der Betroffenen hinzugetretenen Erkrankungen, meist innerer Organe, deren tödtliche Wirkung z. Th. nur durch die functionellen Störungen der Sclerodermie ermöglicht wird. Gerade bei Kindern sind jedoch einige vollständige Heilungen ausgebreiteter Sclerodermie nach kurzem Verlaufe verzeichnet so von Rilliet und Gilette. Die öftere, günstigere Verlaufsweise der Sclerodermie bei Kindern sucht Silbermann durch die geringere Intensität der Hautspannung bei den Kindern zu erklären. J. Neumann erzielte durch Dampfbäder und Galvanismus Besserung. Im Ganzen erweist sich ein roborirendes Verfahren nützlich, so neben entsprechender Diät der Gebrauch von Leberthran oder Eisen. Oertlich ist die von Mosler empfohlene schwarze Kupferoxydsalbe in Gebrauch gekommen. Warme Bäder, Glyzerineinreibungen, Jodbepinselung zeigen weniger Erfolg.

XXI. Lupus.

Wolf. Fressende Flechte.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 482.
O. Volkmann: Ueber den Lupus und seine Behandlung. Klin. Vorträge Nr. 13.
M. Kaposi: Path. u. Ther. der Hautkrankheiten S. 608 u. f.

Der Lupus hat zum Hauptsitze das Gesicht, hier wieder vorwiegend die Nase, die Wangen, die Lippen. Er kann auch auftreten an den Extremitäten, dem Stamme, an den Schleimhäuten des Rachens, des Mundes, des Kehlkopfes, der Nase und zwar können diese durch Ausbreitung von der Haut aus mit ergriffen werden oder primär erkrankt sein. Es ist eine durch die ganze Cutis gehende und von da mitunter bis zu den unterliegenden Knochen sich ausbreitende Neubildung von granulationsartigem Gewebe, bald überwiegend aus Bindegewebe (fibröser Lupus), bald mehr aus zel-

ligen Elementen bestehend (cellulöser Lupus). Letztere sind zart, leicht zerstörbar, bald mehr den weissen Blutkörperchen ähnlich, bald mehr den Zellen der tiefsten Schichten des Rete Malpighi. Die betroffenen Stellen erhalten eine blaurothe oder braunrothe Färbung, schwellen an, werden uneben bis höckerig, mit abschilfernder Epidermis bedeckt. Sie erlangen eine grobhöckerige, knollige Form bei Lupus tuberosus. Die Neubildung ist am spärlichsten und oberflächlichsten entwickelt, die Haut am wenigsten geschwollen bei Lupus erythematosus. Sie ist hier lebhaft geröthet, mit Schuppengrinden an den Rändern bedeckt, die den Produkten der Seborhoe gleichen, und meist in Form zweier durch eine Brücke verbundener Flecken zu beiden Seiten der Nase befallen (Schmetterlingsgestalt). Uebrigens werden von dieser Form auch der übrige Theil des Kopfes und oberer Theil des Rumpfes befallen, Unterbauchgegend und Beine mit Ausnahme der Zehen nicht. Zwischen diesen äussersten Formen L. hypertrophicus und erythematosus liegen die gewöhnlichen, die vornehmlich nach ihren Ausgangs- und Rückbildungsvorgängen unterschieden werden in: L. exulcerans und L. exfoliativus. Bei der ersteren tritt Eiterung ein, an einzelnen Stellen bilden sich auf den Erkrankungsheerden Pustelchen, auf diesen Krusten, die sich ausbreiten, zusammenfliessen, eine Eiterschicht und eine zernagte schlaffe leicht blutende Fläche decken. Die Vereiterung greift in die Tiefe, zerstört die Theile und setzt an ihre Stelle eine glänzende, unebene, schrumpfende Narbe. Ist die Ausbreitung der Zerstörung in die Tiefe vorwiegend, so kann man die Form als L. rodens bezeichnen, greift die Erkrankung mehr in die Fläche verwüstend um sich, so gilt sie als L. serpiginosus. Aber auch ohne Eiterung durch fettigen Zerfall der Zellen und Resorption kann der Lupus unter lebhafter Abschuppung der Epidermis Narben bilden: L. exfoliativus. Diese Formen sind keineswegs immer scharf von einander gesondert, zu verschiedenen Zeiten oder selbst nebeneinander kann die Haut des Kranken mehrere derselben zeigen. Der Verlauf ist ein ungemein langsamer, eine Dauer von 20 J. und länger nicht selten. Die diesen Kranken vielfach eigene Schlaffheit und Indolenz, die sich namentlich bei Ausführung ärztlicher Verordnungen und Durchführung gründlicher Kuren störend geltend macht, trägt oft an der langen Dauer des Leidens mit Schuld. Mit der Zeit entstehen weitgehende Zerstörungen im Gesichte, Verlust der Nase, Ectropien, entstellende Narbenflächen anstatt der Gesichtszüge, Beeinträchtigung des Ge-

sichtes und Geruches. Mehrere Lupuskranke sah ich später in Phthise verfallen; sehr selten entwickelt sich auf dem Lupus oder aus seiner Narbe Cancroid. An den Extremitäten können Lupusnarben die Bewegung einzelner Gelenke beschränken. Lupusdefekte am Rachen und Kehlkopf sind schwer von syphilitischen zu unterscheiden und können das Schlingen und Athmen erschweren. Auch sonst gleichen manche Hauttuberkelgruppen, namentlich solche Syphilide, die den Uebergang von Rhupia zu Hauttuberkeln bilden, den knotigen und vereiternden Arten des Lupus oft sehr. Aber die Syphilis ist vielgestaltiger, sie betrifft nicht allein die Haut und auch an dieser gehen andere oberflächlichere Formen voraus und bestehen häufig noch gleichzeitig. Die Syphilis bringt immer starke Schwellung vieler Drüsen, der Lupus keine oder nur Geschwulst der nächstliegenden Lymphdrüsengruppen, diese bisweilen wie Scrophulose ulcerirend. Sonst kann der Wolf etwa noch verwechselt werden mit dickkrustigen impetiginösen Eczemen, namentlich der Nase und der Ohren. Man muss sich hier an den Charakter der granulationsartigen Neubildung halten, da das Eczem nur Eiter producirt, auch selten durch Vereiterung erheblich zerstörend wirkt.

Bezüglich der Behandlung gilt der Grundsatz, dass die Erkrankung heilbar ist und dass sie so rasch und so energisch wie möglich zur Heilung gebracht werden muss. Innere Behandlung ist keineswegs immer überflüssig. Wo ausgesprochene Erscheinungen von Scrophulose vorausgingen oder nebenbei verlaufen, wird man bei mageren Personen mit grossem Vortheil Leberthran, bei gut genährten Jodeisen verordnen. Auch Holzthee oder Zittmannsches Dekokt werden für letztere gerühmt. Ich habe öfter gesehen, dass Lupöse, bei denen ich die örtliche Behandlung bis nach der klinischen Vorstellung verschoben hatte, die innere sofort begann, schon halb geheilt zur Besprechung gelangten. Damit soll jedoch die ganz überwiegende Bedeutung des örtlichen Eingreifens, der Zerstörung der Neubildung keineswegs bestritten sein. Man bedient sich am häufigsten des Aetzkalistiftes oder des Höllensteines, je nach der Tiefe in die die Neubildung eindringt und der Stift ihr folgen muss. Durch bohrende Bewegungen durchdringt man das kranke Gewebe leicht, das gesunde bietet viel mehr Widerstand. Volkmann empfiehlt als weit rascher fördernd das Auskratzen der Neubildung mit kleinen scharfen Löffeln und die vielfache Incision derselben mit einer schmalen Messerspitze — Auslöffelung und Stichelung. Man kann hiebei, sowie bei der Anwendung irgend

welcher Aetzmittel den Kranken anäthesiren oder besser nur die Operationsstelle durch Einwirkung von Kälte unempfindlich machen. Auch die Jod-Jodkaliumlösung in Wasser oder Glycerin (nach Lugol, Richter) wird mit Vortheil aufgestrichen. Man schützt sie durch Wachstaffet vor dem Verdunsten. Für den Lupus erythematosus empfiehlt Kaposi vorzüglich das Auflegen von Mercurialpflaster. — Nach Heilung veralteten Hautwolfes fallen der Chirurgie interessante Aufgaben zu, verlorene oder verwüstete Theile des Gesichtes zu ersetzen. Es sind dies die ergiebigsten Felder plastischer Operationen.

Register.

